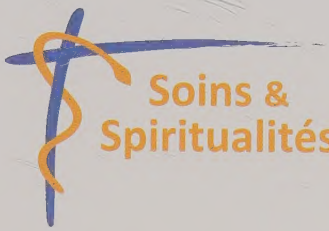
Sous la direction de Dominique JACQUEMIN

Besoins spirituels

Soins, désir, responsabilités

Soins & Spiritualités

lumen vitae


Soins &
Spiritualités

Besoins spirituels

Dans la même collection

Eckhard FRICK, *Se laisser guérir. Réflexion spirituelle et psychanalytique*, Bruxelles, Lumen Vitae, 2011, 92 p.

Stéfanie MONOD-ZORZI, *Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité ?*, Bruxelles, Lumen Vitae, 2012, 104 p.

Guy JOBIN, *Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*, Bruxelles, Lumen Vitae, 2012, 106 p.

Thierry COLLAUD, *Démence et résilience. Mobiliser la dimension spirituelle*, Bruxelles, Lumen Vitae, 2013, 104 p.

Karlijn DEMASURE (Dir.), *Se relever après l'abus sexuel. Accompagnement psycho-spirituel des survivants*, Bruxelles, Lumen Vitae, 2014, 104 p.

Marc DESMET, *Vivre la gestion hospitalière. Une question spirituelle ?*, Namur, Lumen Vitae, 2015, 104 p.

© 2016 Éditions jésuites
Belgique : 7 rue Blondeau B-5000 Namur
France : 14 rue d'Assas, F-75006 Paris
e-mail : editions@editionsjesuites.com
www.editionsjesuites.com

Conception et graphisme de couverture : Olivier CRAVATTE

ISBN : 978-2-87324-536-8
Dépôt légal : D/2016/0026/04

Imprimé en Belgique

Collection Soins et Spiritualités
n° 7

sous la direction de
Dominique JACQUEMIN

Besoins spirituels
Soins, désir, responsabilités

lumen vitae

Comité scientifique « Soins et Spiritualités »

Mme Cosette Odier, pasteure, superviseure CPT (Formation pastorale à l'écoute et à la communication), coordinatrice et formatrice au CHUV Lausanne, Suisse

Prof. Dr. med. Eckhard Frick s.j., co-titulaire du professorat « Spiritual Care », Université de Munich, Faculté de médecine, Allemagne

Mme Serena Buchter, secrétaire de rédaction de la collection, Louvain-la-Neuve, Belgique

Prof. Pierre-Yves Brandt, professeur de psychologie de la religion, Université de Lausanne, Suisse

Père Bruno Cazin, vice-recteur de l'Université catholique de Lille, médecin hématologue, Lille, France

Prof. Thierry Collaud, médecin et théologien, professeur de théologie à l'Université de Fribourg, Suisse

Dr Marc Desmet s.j., enseignant invité au Centre Sèvres à Paris, médecin en soins palliatifs à l'hôpital Jessa d'Hasselt, Belgique

Dr Michel Fontaine op, infirmier, professeur, Haute École de la Santé de la Source et Université de Lausanne, Suisse

Prof. Dominique Jacquemin, professeur et éthicien, TECO-HELESI Université catholique de Louvain et Centre d'éthique médicale, Université catholique de Lille, France

Prof. Guy Jobin, titulaire de la Chaire Religion, Spiritualité et Santé, Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval, Québec, Canada

Prof. Alain Legault, inf., Ph. D., Faculté des sciences infirmières, Université de Montral, Canada

Sœur Marie-Pierre diaconesse de Reuilly, Coordinatrice des aumôneries de la Fondation Diaconesses de Reuilly, France

Dr Stéfanie Monod-Zorzi, médecin gériatre, service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique, CHUV Lausanne, Suisse

Pasteur Étienne Rochat-Meylan, aumônier, CHUV, Lausanne, Suisse

Prof. John-Paul Vader, médecin de santé publique, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV, Lausanne, Suisse

Préface

Depuis des années, toute une littérature se développe au sujet de la spiritualité et de la maladie. On ne peut évidemment que s'en réjouir. Voici plus de cinquante ans que Virginia Henderson théorisait la notion de besoins des patients, parmi lesquels se trouvait la fameuse déclinaison du « besoin spirituel » pensé comme « agir selon sa conscience et pratiquer sa religion ». Depuis lors, la pratique biomédicale s'est bien appropriée ce référentiel au point de l'instrumentaliser (Guy Jobin), au risque parfois d'en faire un seul repère quantitatif renvoyant à une crise, ici spirituelle, qu'il importerait de « gérer ». Mais qu'en est-il réellement de ces « besoins spirituels » ? Sont-ils identiques à d'autres besoins de la personne malade, besoins à rencontrer et à « combler » par une pratique soignante ou médicale ? Ces « besoins » ne sont-ils pas d'un autre ordre, renvoyant au sens, au désir, renvoyant à un autre type de présence et de responsabilité soignante ? Pour déployer cette problématique, la collection *Soins & Spiritualités* nous propose ici une réflexion en quatre temps.

Nous avons tout d'abord donné la parole à deux médecins, la docteure Ève Rubli (gériatre) et le docteur Philippe Eckert, intensiviste. Il est intéressant de remarquer que, pour ces deux cliniciens, la notion de besoin spirituel se situe essentiellement dans la dimension terminale de la maladie, lié à la notion de crise. Ils y sont donc attentifs, même si nous pensons que le « temps de

la crise » n'est ni le seul temps, ni le seul lieu où la dimension spirituelle de l'existence est à l'œuvre. On remarque également que ces cliniciens pensent la réalité du spirituel en lien avec « le religieux ». Cette approche reste fréquente, comme si la spiritualité était réduite ou équivalente à la religion, généralement sollicitée – du moins jusqu'il y a peu – au terme de l'existence, comme d'un passeport dont on aurait besoin, « on ne sait jamais ! ». Par contre, avec ces cliniciens, il importe de se réjouir que la prise en charge globale de la personne soit de plus en plus une réalité, même si cette approche reste régulièrement fragmentée. En effet, si on parle volontiers de pluridisciplinarité, force est de reconnaître que le patient se trouve peu soutenu par une approche interdisciplinaire où les compétences de chacun s'articulent et se transforment pour rencontrer une personne malade dans toute sa singularité. Preuve en est dans les propos assez francs de ces cliniciens qui reconnaissent bien volontiers que la notion même de « besoin spirituel » fait peu ou pas partie des discussions entre médecins, alors que, paradoxalement, cette dimension se trouve identifiée comme une dimension importante de la prise en charge du patient. Pas étonnant dès lors que, pour ces derniers, la distinction entre besoin et désir soit une question étrangère qu'ils laissent volontiers au théologien… Au théologien ? Pourquoi pas au « psy » ? N'est-ce pas lui ou elle qui devrait « prendre en charge » cela ? Mais au fait, est-il réellement question ici de « prise en charge » comme si on devait se charger de quelque chose – et quel poids, « le spirituel » alors qu'il renvoie davantage au souffle, à la légèreté – au nom du malade et pour lui ? On touche ici une question de fond, celle de l'articulation entre objectivation et subjectivation au cœur de la médecine et du soin où, en de nombreuses situations, ne semble pouvoir exister que ce qui est objectif, traçable et quantifiable. Dimensions assez lointaines de la vie spirituelle.

En effet, la bonne volonté relative à la prise en charge, voire l'attention à la spiritualité du plus souffrant et de ses besoins – fut-ce à travers la seule notion de crise ou de détresse – n'est pas un sujet simple. Rencontrer autrui au cœur de la subjectivité de son existence ouvre à des horizons croisés, ce que met bien en évidence la contribution de Pierre-Yves Brandt.

Il pose tout d'abord un préalable à son questionnement : inscrire la réflexion dans l'horizon d'un modèle bio-psycho-social de la maladie et de la médecine, ouvrant en présupposé une certaine manière de soigner et de rencontrer autrui malade, seule attitude au cœur de laquelle il serait possible d'inscrire la dimension spirituelle (modèle Monod-Zorzi déjà présenté dans notre collection). Cependant, est-il possible d'intégrer les besoins spirituels dans un modèle ? Oui, pour leur offrir une place, une reconnaissance mais il importe d'aller plus loin car ils ne sont pas du même ordre qu'un tas d'autres besoins vécus par la personne malade, que ce soit dans leur expression ou les moyens de les repérer et de les rencontrer. En effet, se demande P.-Y. Brandt, le malade éprouve-t-il la nécessité d'être rencontré dans son « besoin spirituel » ou au cœur d'une expérience désirante mobilisant autrement l'existence du patient ? Quel serait cet « autrement » ? C'est ici que le théologien ouvre le lecteur à un détour par ses propres ressources de pensée. À travers un texte d'évangile, la rencontre de Jésus avec la Samaritaine (Jn 4), l'auteur déploie une rencontre, un récit qui suscite, réveille des dimensions importantes de la vie de cette femme, présentes chez elle mais qui ont pu s'extérioriser moyennant « une étincelle », celle de la rencontre. Oui, cette femme de l'Évangile avait réellement soif – un besoin – mais cette soif était aussi celle d'un désir, celui de vivre autrement, de rencontrer Celui qui la comprendrait. Mais, qu'y faire, direz-vous ? Les soignants ne sont pas Jésus, ni Dieu et tous les malades ne sont pas en attente de « la source éternelle » ! Dès lors, en termes

de responsabilité, s'agirait-il pour eux de s'asseoir simplement à « la margelle du puits » comme l'aurait dit Adolphe Gesché, c'est-à-dire pour nous, au bord du lit ?

D'une certaine manière, c'est pour répondre à ce type de questions que la parole a ensuite été donnée à des infirmières et infirmiers (Serena Buchter, Michel Fontaine, Catherine Piguet, aidés de Brigitte Duc). Pour ces derniers, si le terme de « besoin » a structuré jadis la formation infirmière à la théorie des besoins de Virginia Henderson (1897-1996), de nouvelles théories apparaissant, il faut reconnaître ce que cette pensée a structuré en termes d'attention « au spirituel » dans les pratiques infirmières. Démarche cohérente pour une profession longtemps en quête d'identité et actuellement assurée de ses compétences et spécificités, on peut s'interroger sur le premier destinataire « du spirituel » : le soignant ou la personne soignée ? Car, si d'un point de vue humain, la spiritualité est présente en tout homme, ce serait sa manifestation qui serait différente. C'est tout l'intérêt de l'approche de ces quatre auteurs de mettre au jour un autre point de vue, en terme de « révélation des besoins », renvoyant à ce qu'on pourrait appeler une dimension pragmatique – au sens de J. Dewez – de la spiritualité, toujours à l'œuvre et qu'il importe plus, selon nous, de décrypter dans tout ce que donne à voir un patient que, peut-être, circonscrire en un concept. L'enjeu devient donc « une question de regard » porté sur l'autre, sollicitant de la sorte un engagement du professionnel, acceptant une relative délocalisation de ses propres repères face au récit d'autrui. Bien sûr, un risque est toujours présent, celui de l'interprétation qui – souvent dans une visée du bien – en dit plus que « le dit » dans la vie des équipes soignantes. D'où la nécessité d'en référer toujours au patient, il est le premier sujet de sa propre histoire, entendue ici au sens large. C'est ce que les auteurs nomment très bien par le terme de « passage », faisant tant de l'acte professionnel et de la présence à l'autre que du spirituel une pratique en perpétuel devenir.

Enfin, dans une dernière partie, Guibert Terlinden, clinicien-aumônier d'hôpital, confirme les intuitions soignantes : est-il réellement possible d'entrer dans ce questionnement « besoin-désir » sans avoir concédé à ouvrir l'espace intérieur de soi, au risque de l'inexploré de soi et de l'autre ? Cette attitude, elle ne se donne évidemment pas du jour au lendemain. Il faut du temps, une expérience, d'autant plus que bon nombre de questions liées à la dimension spirituelle de l'existence sont souvent, bon an mal an, en lien avec la souffrance de l'autre, de soi parfois ! Tout ce qui s'ouvre en l'autre et en soi a trait bien davantage au désir qu'au besoin, car c'est au cœur de la totalité d'une vie qu'émerge et se vit le sens, qu'un dynamisme de vie se trouve à porter. Dès lors, faut-il encore parler de besoins, de concepts, si c'est bien toute une vie, « la vie » qu'il importe d'accueillir pour lui redonner, au cœur de tous ses aléas, l'ampleur d'une hospitalité ? Ce que Guibert Terlinden nomme très justement le dynamisme d'existence du sujet humain désirant.

Tout au long de cette traversée, certes des concepts, mais surtout de la clinique au sens large et de chacune de nos expériences si diverses, nous espérons que ce septième numéro de la collection *Soins & Spiritualités* nourrira la réflexion, stimulera les échanges mais surtout nous aidera à mieux entendre – pour mieux « y répondre » – l'appel au sens de nos contemporains, le cri de tant d'hommes et de femmes appelant, bien au-delà des mots, un autre qui, à sa manière, se fera présent, – au besoin ? au désir ? – à ce qu'il en espère.

Dominique JACQUEMIN

Chapitre 1

La parole aux médecins

Interview de la Dr Ève Rubli, gériatre, médecin associée dans le service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) à Lausanne en Suisse et directrice médicale du CUTR Sylvana (Centre universitaire de traitements et réadaptation) et du Dr Philippe Eckert, médecin spécialiste en médecine intensive, à la Clinique de La Source à Lausanne et au CHUV. Propos recueillis par Serena Buchter en juillet 2015.

Dans votre pratique, comment se traduisent les « besoins spirituels » de vos patients ?

Dr Eckert

Les besoins spirituels se traduisent de façon différente selon la situation du patient (soins palliatifs, soins intensifs, pathologie bénigne, pathologie maligne, etc.). Souvent, notamment dans les situations palliatives, voire terminales, c'est moi qui demande au patient s'il a des besoins (ou plutôt s'il désire rencontrer un pasteur, un prêtre, etc.). Parfois les besoins spirituels sont transmis par les soignants. Les besoins spirituels sont rarement exprimés de façon directe par les patients. Il s'agit plutôt de manifestations physiques d'angoisse ou d'expression spontanée exprimant cette angoisse.

Dr Rubli

Comme un mal être lié à la période « actuelle » que vit le patient : son hospitalisation, l'annonce d'un diagnostic, un changement de trajectoire de vie, un deuil, etc. Dès son arrivée à l'hôpital et tout au long du séjour, le patient est pris en charge dans sa globalité et « analysé » sous divers points de vue : le médecin fera une anamnèse biomédicale, les infirmières se renseigneront sur son *status* fonctionnel actuel et précédent, comme elles se renseigneront sur ses habitudes de vie, le psychologue ou le psycho-gériatre regarderont comment est le *status* psychique, l'humeur du patient et l'aumônier fera une évaluation spirituelle standardisée. De plus, chacun, même autre qu'aumônier, pourra avoir l'impression ou des indices qui le questionneront sur une possible ou probable détresse spirituelle et pourra en faire part à l'aumônier et à l'équipe interdisciplinaire lors du colloque interdisciplinaire hebdomadaire. Le patient est ainsi vu dans sa globalité grâce à l'évaluation de ses quatre dimensions : bio-socio-psy et spirituelle[1]. La dimension spirituelle est intégrée dès le début de la prise en charge à l'hôpital. Mais parfois, et cela arrive assez souvent, ce n'est pas tout de suite que la détresse spirituelle est mise en évidence. Ce ne sera qu'une fois que toutes les autres dimensions auront été prises en compte, et que l'on se sera aperçu que l'évolution du patient à l'hôpital n'est pas celle attendue, que l'on se posera la question d'une détresse spirituelle. Et celle-ci est ainsi la plupart du temps confirmée par l'évaluation de l'aumônier qui n'avait pas encore pu voir le patient par exemple.

Il y a donc des besoins plus ou moins évidents à mettre en avant lors du séjour du patient à l'hôpital.

---

1 Stéfanie Monod-Zorzi, *Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité ?*, Lumen Vitae, coll. Soins et Spiritualités n° 2, Bruxelles, 2012.

Les nommez-vous ainsi à vos confrères : « besoins spirituels » ? Est-ce quelque chose dont vous parlez à un niveau professionnel ?

Dr Eckert

Le terme de « besoin spirituel » est utilisé avant tout pour échanger avec les soignants ou avec les aumôniers ou les psychologues appelés au chevet du patient. Nous ne parlons en général pas de ces besoins entre confrères.

Dr Rubli

Ce n'est pas clairement identifié en ces termes. À Sylvana, où l'aumônier est présent et fait partie de l'équipe interdisciplinaire, nous parlons plus facilement de « détresse spirituelle ». Nous utilisons le modèle STIV, avec l'évaluation des quatre dimensions de la spiritualité : sens, transcendance, identité et valeurs. Ces quatre dimensions sont analysées par l'aumônier qui les restitue lors du colloque hebdomadaire à l'ensemble de l'équipe, avec ensuite une cotation de la détresse spirituelle. Le langage est adapté au monde des soignants afin que chaque professionnel puisse comprendre et s'approprier les termes analysés. Des exemples concrets seront donnés par l'aumônier également.

Qu'est-ce que vous trouvez intéressant dans cette appellation et qu'est-ce qui vous dérange ?

Dr Eckert

À vrai dire cette appellation me convient. Nous parlons de façon générale des besoins des patients.

Dr Rubli

Pour moi, un besoin renvoie aux besoins vitaux, comme manger, boire, marcher. Ce qui met la dimension spirituelle au même niveau que les autres dimensions habituellement évaluées à l'hôpital par l'ensemble des autres professionnels. C'est donc plutôt positif de parler de besoin.

Les théologiens sont gênés par le concept de « besoins » pour parler de ce qui traite du spirituel, lui préférant d'autres mots comme celui de « désir » spirituel.

Le besoin pouvant être comblé et s'éteindre avec la satisfaction du besoin, le désir au contraire ne cesse de se creuser lorsqu'on cherche à le satisfaire. Avez-vous déjà entendu parler de cette distinction ?

Dr Rubli

Absolument jamais entendu parler de cette différence.

Dr Eckert

Je n'avais jamais prêté attention à cette distinction entre besoin et désir au niveau spirituel. Je laisse aux théologiens le soin de disserter sur cette distinction. Dans ma pratique, je confonds régulièrement besoin et désir (que désire ce patient ? Souhaite-t-il un accompagnement spirituel ? A-t-il un besoin particulier comme accompagnement ?). Ce sont en fait des mots que j'utilise volontiers l'un à la place de l'autre dans une conversation spontanée, des échanges de travail multiprofessionnels au sujet d'un patient. De mon point de vue, dans une activité de terrain, cette distinction n'est donc pas utile.

Pensez-vous que cela soit un concept opérationnel pour votre pratique ?

Dr Rubli

Non, car au niveau des soignants, tout le monde est formé à aller chercher la souffrance pour la soulager ou la guérir. Un patient qui vient à l'hôpital, c'est qu'il a une maladie ou en tout cas une souffrance nouvelle ou chronique, qu'il faut tenter de soulager ou guérir : Douleurs ? Maladie ? Que peut-on faire avec ? Comment peut-on agir de sorte que le patient aille mieux ?

Pour moi, le désir fait plus penser à atteindre un idéal, sans qu'il y ait une souffrance dont on doit s'occuper, en tout cas pas forcément à l'hôpital.

Est-ce utile pour un médecin de faire cette distinction ?

Dr Rubli

Je ne vois pas vraiment d'avantages au niveau opérationnel et quotidien.

Est-il difficile de repérer les besoins / désirs spirituels des patients ?

Dr Eckert

Il est vrai qu'il n'est pas toujours aisé de repérer les besoins spirituels des patients. Un élément-clé est bien entendu de prendre le temps de la discussion, puis de repérer les expressions, qu'elles soient verbales et surtout non verbales, indiquant le souhait / besoin d'aborder la question des désirs spirituels. Il n'est par ailleurs pas rare que je pose ouvertement la question des besoins spirituels au

patient, ceci plutôt en fin d'entretien. Une telle approche est basée sur un contact franc et direct avec les patients, y compris pour aborder les sujets les plus douloureux tels que l'annonce d'une maladie grave, d'une impasse thérapeutique ou d'un décès prochain. Je tiens aussi à signaler que les besoins spirituels sont également abordés avec les proches des patients, notamment aux soins intensifs lorsque ceux-ci se trouvent dans une situation d'impossibilité d'échanger (délirium, sédation-anesthésie lors de ventilation mécanique, etc.).

Pensez-vous que le médecin doit se préoccuper des « besoins ou désirs » spirituels ?

Dr Eckert

Il m'apparaît important que le médecin ne s'attache pas seulement aux aspects physiques, somatiques, de la prise en charge de son patient mais s'enquiert également de ses besoins spirituels.

Dr Rubli

Oui clairement ! Je vois régulièrement certaines trajectoires de patients pour qui aucun problème spécifique somatique ou psychique n'est mis en évidence, mais il y a vraisemblablement une souffrance. Et c'est une souffrance spirituelle, que l'on nomme détresse spirituelle à Sylvana ; qui est découverte à l'aide de l'évaluation standardisée de l'aumônier. Des pistes sont ensuite discutées au colloque interdisciplinaire, et on arrive ensemble à faire retrouver un meilleur équilibre de vie global au patient. On voit des résultats, qui sans l'évaluation standardisée n'auraient pas été mis en avant. L'aumônier discute avec le médecin (et les autres professionnels), il y a souvent une confrontation des idées de chacun et des propositions concrètes proposées par l'aumônier.

Chapitre 2

La spiritualité : réponse à un besoin, à une soif ou à une quête ?

Pierre-Yves Brandt

Toute relation d'aide, tout dispositif d'assistance thérapeutique comprend dans ses objectifs principaux la réponse aux besoins de la personne en détresse. Dans le monde de la santé, divers modèles de soins ont été élaborés. Aujourd'hui, dans les institutions hospitalières, le modèle bio-psycho-social proposé, il y a maintenant plus de trente ans par Engel[1], a tendance à s'imposer à la place du simple modèle biomédical. Selon ce modèle, « les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie[2] ». Ce modèle n'identifie pas

1 George L. Engel, « The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine », dans *Science* 196, 1977, p. 129-136 ; « The Clinical Application of the Biopsychosocial Model », dans *American Journal of Psychiatry* 137(5), 1980, p. 533-544.

2 Anne Berquin, « Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », dans *Revue médicale suisse* 6, 2010, p. 1511-1513.

spécifiquement de facteurs spirituels ; les croyances et les aspects culturels, religieux ou spirituels, s'ils sont nommément mentionnés, sont inclus dans les facteurs psychologiques et sociaux.

Plus récemment, des chercheurs et praticiens qui s'intéressent au rôle de la spiritualité dans les soins ont proposé de considérer la spiritualité comme une catégorie distincte des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux[3]. Parmi eux, Stéfanie Monod-Zorzi propose un modèle « bio-psycho-social et spirituel intégré[4] ». Ce modèle identifie parmi les besoins du patient des besoins spécifiques appelés « besoins spirituels » définis de la manière suivante :

> « Les besoins spirituels sont généralement définis comme nécessaires et vitaux pour un individu, comme de trouver un but et un sens à sa vie (besoin de donner et recevoir de l'amour, besoin d'avoir du sens, besoin d'espérance et d'expérience de la Transcendance)[5]. »

Ces besoins sont systématisés dans un modèle d'évaluation de la spiritualité appelé « modèle de besoins spirituels STIV » qui identifie « quatre sous-dimensions pour caractériser la dimension spirituelle de la personne malade hospitalisée : Le Sens, la Transcendance, les Valeurs et les aspects psycho-sociaux de l'Identité[6] ».

Mais peut-on vraiment parler de besoins spirituels comme on parlerait de besoins somatiques, psychologiques ou sociaux ? Une dimension spirituelle de l'être humain peut-elle simplement s'ajouter aux trois dimensions déjà identifiées par le modèle bio-psycho-social pour intégrer convenablement la spiritualité dans les soins ? Nous commencerons par montrer que la simple juxtaposition des deux termes « besoin » et « spirituel » pose problème. La réfé-

---

3 Par exemple Torsten Berghändler, « La spiritualité : un complément au modèle bio-psycho-social », dans *Primary Care* 10, 2010, p. 162-164.

4 St. Monod-Zorzi, *op. cit.*

5 *Ibid.*, p. 31.

6 *Ibid.*, p. 51.

rence à un passage tiré de l'Évangile de Jean nous permettra ensuite d'illustrer comment l'expérience existentielle des besoins qu'il faut satisfaire pour survivre peut ouvrir sur une quête spirituelle. Il sera temps, alors, de préciser ce qu'il faut entendre par « spiritualité ». Enfin, nous conclurons en proposant de parler de quête spirituelle pour donner sens aux besoins plutôt que de besoins spirituels.

Poser le problème

Parler de « besoins spirituels » du patient n'est pas nouveau. L'usage de cette expression dans le contexte des soins remonte au moins à plus d'un demi-siècle. Marianne Desmedt et Valérie Dujeu[7] ou Claude Rougeron[8] attribuent l'origine de cette expression à Virginia Henderson[9] qui, dans les années 1950, définit comme « besoin spirituel » le fait de « pouvoir pratiquer sa religion » ou d'« agir selon sa conception du bien et du mal ». À la même période, le rabbin Henry Schorr, le frère carme Richard Nagle et le pasteur Benjamin Priest[10] utilisent l'expression *spiritual needs* pour formuler quelques règles concernant la prise en compte dans les soins infirmiers de particularités liées à l'affiliation juive, catholique ou protestante du patient.

---

7 Marianne Desmedt et Valérie Dujeu, « Soins palliatifs et spiritualité. Le regard d'un médecin et d'une infirmière », dans *Médecine palliative* 6, 2007, p. 207-210.

8 Claude Rougeron, « Les besoins spirituels des malades en fin de vie à domicile », dans *Médecine palliative* 6, 2007, p. 202-206.

9 En français, sa théorie des soins infirmiers se diffuse grâce à la publication de Virginia Henderson, *Principes fondamentaux des soins infirmiers*, Karger, Basel, 1969.

10 Rabbi Henry A. Schorr, Richard A. Nagle & Benjamin R. Priest, « The Patient's Spiritual Needs », dans *The American Journal of Nursing* 50(2), 1950, p. 64-67.

Cet usage est pourtant critiquable, comme le note Bernard Matray[11]. En effet, il pourrait faire croire que les besoins spirituels, au même titre que les besoins physiologiques, s'éteignent lorsqu'ils sont satisfaits. Cette critique s'appuie sur une définition qui oppose besoin à désir, opposition qui remonte à Sigmund Freud et à sa théorie de l'étayage. Pour expliquer comment le désir amoureux s'étaie sur les besoins primaires, Freud prend l'exemple du plaisir qui accompagne le fait de manger. Il montre comment la recherche de ce plaisir pour lui-même va progressivement se dés-intriquer du besoin de s'alimenter. Lorsqu'il tète, le nourrisson découvre le plaisir associé à la succion et au fait d'être dans les bras de la personne qui l'allaite, de sorte que, lorsque la faim est assouvie, le nourrisson se met à désirer que se prolongent ces plaisirs. Et, au-delà de ces plaisirs, il se met à désirer la source qui les lui prodigue. Il se met à désirer l'être humain qui se montre aimable. Il se met à l'aimer. Ainsi, pense Freud, l'amour porté à la première figure de soin s'instaure comme l'expression d'un désir qui s'est différencié du besoin de manger[12]. Selon cette théorie de l'étayage, les besoins sont présents avant les désirs. Ils s'en distinguent par le fait qu'ils s'éteignent lorsqu'ils sont satisfaits alors que les désirs s'avivent lorsqu'ils rencontrent une réponse plaisante.

La distinction – et l'opposition – entre besoin et désir va devenir classique dans les écrits psychanalytiques. S'appuyant sur cette distinction, Denis Vasse[13] montre que la notion de besoin spirituel

---

11 Bernard Matray, *La présence et le respect : éthique du soin et de l'accompagnement*, Desclée de Brouwer, Paris, 2004, cité notamment par Cl. Rougeron, *op. cit.*, p. 202.

12 Freud développe tout spécialement cette théorie de l'étayage du désir sur le besoin en 1915 dans Sigmund Freud, « Pulsions et destins de pulsions », dans *Œuvres complètes*, vol. XIII, PUF, Paris, 1994, p. 165-187. Cette même année, il procède à des ajouts sur l'étayage dans les *Trois essais sur la théorie sexuelle* parus la première fois en 1905.

13 Denis Vasse, « Le temps du désir : du besoin de la prière à la prière de désir », dans *Christus* 14, n° 54, 1967, p. 164-183.

est problématique car elle laisse entendre que la spiritualité peut faire partie de la réponse à un besoin alors qu'une attente ne peut être éprouvée comme spirituelle que lorsqu'elle n'en reste pas au niveau du besoin mais s'est ouverte au désir.

En ce sens, on notera que l'animal n'accède ni à une vie de désir ni à des expériences spirituelles. Son quotidien reste borné par la satisfaction de besoins. Dans le même sens, la théologienne Gwennola Rimbault[14] estime que la notion de besoin ne s'applique pas au spirituel. Selon elle, la dimension spirituelle n'est pas de l'ordre des besoins mais concerne tous les niveaux de l'échelle des besoins, traverse tous les besoins vitaux « sans faire nombre avec eux, car il existe une manière spirituelle de boire, de manger, de dormir, de se vêtir ». C'est pourquoi elle conclut : « Le spirituel marque donc tout l'homme[15]. » Ce qui amène Bertrand Marchand à conclure pour sa part : « Une première conséquence peut être tirée par rapport aux intentions de l'accompagnement spirituel. Celui-ci ne doit pas se situer dans une perspective d'un besoin à combler, mais dans une démarche qui permette au désir de se raviver, de s'épanouir[16]. »

Pourtant, comme le note Rougeron[17] et comme nous l'avons mentionné en introduction à cette réflexion, bien que critiquable, l'expression « besoin spirituel » est largement utilisée « dans la

14 Citée par Bertrand Marchand, dans une thèse de doctorat soutenue récemment : B. MARCHAND, *L'accompagnement spirituel dans l'action sociale. Enquête menée au sein d'associations protestantes intervenant auprès de personnes en situation d'exclusion.* Thèse de doctorat en théologie protestante dirigée par Isabelle GRELLIER, soutenue à l'Université de Strasbourg le 25 juin 2015.

15 Gwennola RIMBAULT, *Soutenir une démarche spirituelle en milieu hospitalier. Analyse de dialogues vécus en aumônerie hospitalière et réflexion théologique pour l'action pastorale*, Lumen Vitae/Novalis, coll. Théologies pratiques, Bruxelles/Montréal, 2006, p. 29.

16 *Ibid.*, p. 310.

17 *Ibid.*, p. 202.

littérature et la coutume médicales ». Est-il possible d'y renoncer pour la remplacer par une autre ? Ou faut-il s'en accommoder en veillant à bien définir la manière dont la spiritualité s'intègre aux autres besoins ?

Repère biblique : la rencontre de Jésus avec une femme samaritaine (Jn 4)

La rencontre entre Jésus et une femme samaritaine, telle que mise en scène par l'évangéliste Jean dans le Nouveau Testament[18], constitue une belle illustration de la manière dont la quête spirituelle peut s'éveiller à partir de la demande de satisfaction d'un besoin vital. Dans ce récit, Jésus se trouve assoiffé et il demande à boire à une femme venue puiser de l'eau au puits. Partant de l'expression de ce besoin physiologique, Jésus évoque ensuite une autre sorte d'eau qu'il appelle « eau vive ». À son tour, la femme adresse la demande à Jésus de recevoir cette eau.

18 Jn 4.

1 Quand Jésus apprit que les Pharisiens avaient entendu dire qu'il
faisait plus de disciples et en baptisait plus que Jean, 2 – à vrai dire,
Jésus lui-même ne baptisait pas, mais ses disciples 3 – il quitta la
Judée et regagna la Galilée. 4 Or il lui fallait traverser la Samarie.
5 C'est ainsi qu'il parvint dans une ville de Samarie appelée Sychar,
non loin de la terre donnée par Jacob à son fils Joseph, 6 là même
où se trouve le puits de Jacob. Fatigué du chemin, Jésus était assis
tout simplement au bord du puits. C'était environ la sixième heure.
7 Arrive une femme de Samarie pour puiser de l'eau. Jésus lui dit :
« Donne-moi à boire. » 8 Ses disciples, en effet, étaient allés à la ville
pour acheter de quoi manger. 9 Mais cette femme, cette Samaritaine,
lui dit : « Comment ? Toi, un Juif, tu me demandes à boire à moi,
une femme samaritaine ! » Les Juifs, en effet, ne veulent rien avoir
de commun avec les Samaritains. 10 Jésus lui répondit : « Si tu
connaissais le don de Dieu et qui est celui qui te dit : "Donne-moi
à boire", c'est toi qui aurais demandé et il t'aurait donné de l'eau
vive. » 11 La femme lui dit : « Seigneur, tu n'as même pas un seau et
le puits est profond ; d'où la tiens-tu donc cette eau vive ? 12 Serais-
tu plus grand, toi, que notre père Jacob qui nous a donné le puits et
qui, lui-même, y a bu ainsi que ses fils et ses bêtes ? » 13 Jésus lui
répondit : « Quiconque boit de cette eau-ci aura encore soif ; 14 mais
celui qui boira de l'eau que je lui donnerai n'aura plus jamais soif ;
au contraire, l'eau que je lui donnerai deviendra en lui une source
jaillissant en vie éternelle. » 15 La femme lui dit : « Seigneur, donne-
moi cette eau pour que je n'aie plus soif et que je n'aie plus à venir
puiser ici. » 16 Jésus lui dit : « Va, appelle ton mari et reviens ici. »
17 La femme lui répondit : « Je n'ai pas de mari. » 18 Jésus lui dit :
« Tu dis bien : "Je n'ai pas de mari" ; tu en as eu cinq et l'homme que
tu as n'est pas ton mari. En cela tu as dit vrai. » 19 « Seigneur, lui dit la
femme, je vois que tu es un prophète. 20 Nos pères ont adoré sur cette
montagne et vous, vous affirmez qu'à Jérusalem se trouve le lieu où
il faut adorer. » 21 Jésus lui dit : « Crois-moi, femme, l'heure vient
où ce n'est ni sur cette montagne ni à Jérusalem que vous adorerez
le Père. 22 Vous adorez ce que vous ne connaissez pas ; nous adorons
ce que nous connaissons, car le salut vient des Juifs. 23 Mais l'heure
vient, elle est là, où les vrais adorateurs adoreront le Père en esprit
et en vérité ; tels sont, en effet, les adorateurs que cherche le Père.
24 Dieu est esprit et c'est pourquoi ceux qui l'adorent doivent adorer

en esprit et en vérité. » 25 La femme lui dit : « Je sais qu'un Messie
doit venir – celui qu'on appelle Christ. – Lorsqu'il viendra, il nous
annoncera toutes choses. » 26 Jésus lui dit : « Je le suis, moi qui
te parle. » 27 Sur quoi les disciples arrivèrent. Ils s'étonnaient que
Jésus parlât avec une femme ; cependant personne ne lui dit : « Que
cherches-tu ? » ou « pourquoi lui parles-tu ? » 28 La femme alors,
abandonnant sa cruche, s'en fut à la ville et dit aux gens : 29 « Venez
donc voir un homme qui m'a dit tout ce que j'ai fait. Ne serait-il pas
le Christ ? » 30 Ils sortirent de la ville et allèrent vers lui. 31 Entre-
temps, les disciples le pressaient : « Rabbi, mange donc. » 32 Mais il
leur dit : « J'ai à manger une nourriture que vous ne connaissez pas. »
33 Sur quoi les disciples se dirent entre eux : « Quelqu'un lui aurait-il
donné à manger ? » 34 Jésus leur dit : « Ma nourriture, c'est de faire
la volonté de celui qui m'a envoyé et d'accomplir son œuvre. » 35
Ne dites-vous pas vous-mêmes : « Encore quatre mois et viendra la
moisson. » Mais moi je vous dis : « Levez les yeux et regardez ; déjà
les champs sont blancs pour la moisson ! 36 Déjà le moissonneur
reçoit son salaire et amasse du fruit pour la vie éternelle, si bien que
celui qui sème et celui qui moissonne se réjouissent ensemble. »
37 Car en ceci le proverbe est vrai, qui dit : « L'un sème, l'autre
moissonne. » 38 Je vous ai envoyés moissonner ce qui ne vous a
coûté aucune peine ; d'autres ont peiné et vous avez pénétré dans ce
qui leur a coûté tant de peine. » 39 Beaucoup de Samaritains de cette
ville avaient cru en lui à cause de la parole de la femme qui attestait :
« Il m'a dit tout ce que j'ai fait. » 40 Aussi lorsqu'ils furent arrivés
près de lui, les Samaritains le prièrent de demeurer parmi eux. Et il
y demeura deux jours. 41 Bien plus nombreux encore furent ceux qui
crurent à cause de sa parole à lui ; 42 et ils disaient à la femme : « Ce
n'est plus seulement à cause de tes dires que nous croyons ; nous
l'avons entendu nous-mêmes et nous savons qu'il est vraiment le
Sauveur du monde. »

Évangile selon saint Jean, chapitre 4

Traduction œcuménique de la Bible,
Cerf / Société biblique française, Paris, 1988.

Jésus a éveillé une attente chez elle, mais le désir n'est pas encore bien désintriqué du besoin. Sa demande montre qu'elle reste encore très centrée sur la recherche d'une satisfaction du besoin de s'hydrater : « Seigneur, donne-moi cette eau pour que je n'aie plus soif et que je n'aie plus à venir puiser ici » (Jn 4, 15). Sur quoi, en invitant la femme à aller chercher son mari, Jésus provoque un déplacement dans la conversation : on passe du besoin de boire au désir d'être aimée. En effet, la femme a eu cinq maris et l'homme avec qui elle vit maintenant n'est pas son mari. En répondant qu'elle n'a pas de mari, la femme déclare son manque. Partant de la manifestation d'un besoin qui peut être facilement comblé, le besoin de boire, Jésus fait entendre à la femme que la demande d'amour ne peut pas être satisfaite sur le mode du besoin. Elle a déjà eu cinq maris et son attente n'a pas encore trouvé satisfaction. S'ouvre alors une troisième étape du dialogue, expression d'une attente plus profonde, celle d'un envoyé de Dieu, un Messie dit la femme, « qui nous annoncera toutes choses » (Jn 4, 25). Jésus répond à la femme qu'il est celui-là. « Je le suis, moi qui te parle » (Jn 4, 26). La femme s'en va alors, comblée dans son attente. La preuve en est qu'elle ne répond plus rien à Jésus qui vient de lui faire cette révélation. En effet, elle a reçu tout ce qu'elle attendait. Elle se dépêche alors d'aller annoncer à ceux de sa ville qu'elle a rencontré celui qui « lui a dit tout ce qu'elle a fait » (Jn 4, 29.39). Le désir a trouvé son accomplissement dans une rencontre dans laquelle la femme se découvre reconnue dans toute la vérité de son être. Telle est la dimension spirituelle d'une quête existentielle : pouvoir inscrire tout son désir et tous ses besoins dans un élan unificateur, dans une rencontre unificatrice.

Cette rencontre inverse le rapport à autre que soi. En effet, le besoin cherche à attirer à soi. Il consomme, capte. Le désir, quant à lui, conserve quelque chose du besoin dont il est issu. Il demande à jouir. Mais il fait l'expérience que l'expérience est encore plus désirable si l'autre qui répond au désir le fait de sa propre initiative,

selon son propre désir. Le désir s'accomplit dans la rencontre de deux désirs. Du besoin au désir, puis du désir à la rencontre, la dynamique, captatrice au départ, s'inverse. La femme samaritaine, dès le moment où sa quête a rencontré celui qu'elle cherchait et désirait, n'est plus quelqu'un qui a besoin de se remplir mais quelqu'un qui va parler aux autres.

Quel sens donner au terme « spiritualité » ?

Ce récit peut aussi servir de repère pour préciser ce qu'il faut entendre par « spirituel », par « spiritualité ». Des travaux récents constatent qu'il n'y a pas de consensus parmi nos contemporains sur le sens donné à ces termes[19]. Une enquête menée au Danemark[20], par exemple, met en évidence six significations recouvertes par le terme spiritualité qui n'ont pas grand-chose en commun. Ce sont :

- une dimension positive de la vie confondue avec le bien-être,
- une idéologie à tendance *New Age,*
- un constituant d'une religion traditionnelle,
- la quête vague d'un but (de ceux qui se disent croyant mais pas religieux),
- une forme d'égocentrisme,
- une forme d'inspiration trouvée dans des activités ordinaires telles le sport, un régime alimentaire, la sexualité.

19 Notamment Herman Westerink, « Spirituality in Psychology of Religion : A Concept in Search of Its Meaning », dans *Archive for the Psychology of Religion* 34, 2012, p. 3-15 ; Peter la Cour, Nadja Hørdman Ausker & Niels Christian Hvidt, « Six Understandings of the Word "Spirituality" in a Secular Country », dans *Archive for the Psychology of Religion* 34, 2012, p. 63-81.

20 P. la Cour *et al.*, *op. cit.*

Sur la base de ces résultats, les auteurs de cette enquête conseillent de limiter l'usage du terme spiritualité dans les recherches en sciences humaines aux « expériences contextuelles d'un lien avec une réalité transcendante verticale[21] ». Leur souci est de délimiter un champ de recherche cohérent. Par « transcendance verticale », ils désignent le fait de se référer à une réalité autre que celle qui est déjà connue. Sur la base de ce critère, ils proposent de ne parler de spiritualité au sens strict que pour les usages (2), (3) et (4). Autrement dit, transcendance n'a pas un sens qui restreint l'usage du terme spiritualité aux religions ou systèmes de croyances en une divinité transcendante, mais englobe aussi les visions holistes du monde dès lors que le sens attribué aux expériences éprouvées par un être humain s'opère par la référence à cette vision globale du monde et pas seulement par le renvoi à l'expérience elle-même.

Revenons, avec ces précisions, à la rencontre entre Jésus et la Samaritaine. Lors de cette rencontre, Jésus ouvre la quête de la femme, centrée sur la satisfaction de ses besoins, à l'expression d'une quête de sens plus profonde qu'elle porte en elle. Il l'amène à établir un lien entre l'expérience des besoins élémentaires et un système de croyances, la vision du monde qu'elle porte en elle : avec d'autres, elle attend un messie, un envoyé de Dieu. Jésus l'ouvre à la dimension spirituelle de cette attente. Viendra un jour où l'on n'adorera plus Dieu sur telle ou telle montagne, mais où on l'adorera « en esprit et vérité » (Jn 4, 23). Il lui parle d'une relation avec Dieu, appelé le Père, qui est « en esprit », autrement dit qui est spirituelle. Dans une perspective chrétienne, parler de spiritualité renvoie à une expérience relationnelle avec Dieu par son Esprit, appelé le Saint-Esprit. Cette expérience spirituelle situe l'être humain dans son identité profonde, donne sens à son existence bien au-delà de la satisfaction de ses besoins.

21 « … a context-bound experience of relatedness to a vertical transcendent reality », P. LA COUR *et al.*, *op. cit.*, p. 80.

Le besoin se situe au niveau de la survie. Mais l'être humain ne peut se contenter de se battre pour survivre. Il veut savoir en vue de quoi il se bat. Il est en quête de sens et cette quête est ouverture à autre chose que la satisfaction des besoins, à plus que la satisfaction des besoins. Le besoin ouvre au désir et le désir à la rencontre. L'ouverture sur *autre que ce qui est déjà connu par l'expression des besoins* est constitutive de cette quête ; et la réponse spirituelle vient à la rencontre de cette quête.

L'ouverture à plus que la satisfaction des besoins correspond à l'émergence du désir. Dans la rencontre entre Jésus et la Samaritaine, cette émergence est très bien illustrée. Plus Jésus donne des réponses à la femme, plus elle désire sa parole. Donc, contrairement à la soif biologique qui s'éteint quand elle est étanchée, le désir se creuse au moment où il trouve l'objet qui le satisfait. Dans la rencontre qui s'opère, la référence à une vision du monde cohérente vient donner sens à la quête de la femme. Cette vision du monde cohérente véhicule une spiritualité au sens où nous l'avons définie.

Or, qu'on le veuille ou non, toute réponse à un besoin, surtout lorsqu'elle est régulée par un système de soins, s'adosse à une vision du monde cohérente qui comporte la potentialité de véhiculer une spiritualité. En affirmant cela, nous sommes à mille lieues de toute essentialisation de la spiritualité : il ne s'agit ni de postuler un *en soi* de la spiritualité comme dimension constitutive de l'être humain, ni de prétendre que tout système de soins comporte une dimension spirituelle structurée. Nous affirmons seulement qu'une spiritualité peut s'expérimenter dès lors que s'établit une relation à des repères dont la fonction est d'attribuer un sens global à la vie humaine. Nous affirmons aussi qu'elle ne peut pas s'expérimenter si une telle relation n'est pas établie. Nous affirmons enfin que la demande d'être accompagné dans cette expérimentation peut être associée à l'expression de besoins.

Dans ces pages, nous nous sommes largement référés à une vision chrétienne du monde. Ce sens global peut assurément prendre d'autres orientations que la proposition chrétienne. Là n'est pas la question. Si nous nous en sommes tenus au cadre chrétien de référence pour illustrer comment un tel sens est donné, c'est un choix guidé par l'espace octroyé pour notre contribution et le cadre de référence dans lequel est située la collection qui accueille ces pages. Dans une perspective chrétienne donc, ce repère fondamental est un autre, appelé Dieu. Dieu est au lieu du manque. C'est là qu'il se propose à la rencontre.

La spiritualité inscrit les besoins dans une relation vitale à un système de sens

En fin de compte, faut-il parler de besoins spirituels ? Y a-t-il des besoins spirituels au même titre qu'il y aurait des besoins somatiques, psychologiques ou sociaux ?

Pour le dire autrement, y a-t-il des besoins qui sont spécifiquement spirituels et d'autres besoins qui ne comportent pas de dimension (de signification) spirituelle ?

En en restant à un niveau très basique d'interprétation, on pourrait entendre l'expression « besoin spirituel » comme résultant d'une exigence de cohérence cognitive, un besoin « psychologique » de donner du sens aux activités humaines. Il s'agirait du besoin de donner une signification au fait d'avoir des besoins vitaux et à la manière d'y répondre, d'inscrire la vie des besoins dans un cadre de sens plus global, là où la réponse ponctuelle à des besoins risque de transformer l'existence humaine en une juxtaposition de réponses partielles.

Mais, qualifier certains besoins de *psychologiques* par opposition à d'autres qui seraient biologiques ou sociaux pose en tant que tel déjà problème. Dans ses travaux sur l'attachement, John Bowlby[22] a bien montré que le besoin de protection et de sécurité est tout aussi fondamental que le besoin de manger. Comme il ressort des expériences en laboratoire menées par Harry Harlow[23] avec des singes macaques séparés de leurs mères à la naissance, le petit singe passe l'essentiel de son temps au contact du substitut maternel fait de chiffon et ayant la température du corps, alors même que le lait lui est fourni par un autre substitut fait de fil de fer. Autrement dit, le fondement biologique du besoin d'attachement est tout aussi précoce que le besoin de nourriture. Mais, à bien y regarder, ce besoin est tout à la fois biologique, psychologico-émotionnel et social. En ce sens, lorsque le modèle bio-psycho-social postule que « les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie[24] », il suppose que les besoins concernent simultanément les dimensions biologique, psychologique et sociale.

Alors où situer la spiritualité par rapport à ce modèle ? Plutôt que de parler de besoins spirituels, ce qui risque de faire croire que certains besoins concernent la dimension spirituelle de l'existence humaine et d'autres pas, nous proposons de parler de quête spirituelle. La question est de savoir comment, en répondant à tous les besoins vitaux, on répond à l'attente profonde de rencontre vraie, de présence, qui sommeille dans tout être humain. S'agirait-il seulement de l'expression d'un besoin de sécurité, l'activation d'un besoin d'attachement, de la nostalgie d'une présence protectrice

22 John Bowlby, *Attachment and Loss : Vol. 1-3*, Basic Books, New York, 1973-1982.

23 Harry F. Harlow, « The Nature of Love », dans *American Psychologist* 13, 1958, p. 673-685.

24 A. Berquin, *op. cit.*, p. 1512.

éprouvée par chacun lors de la période intra-utérine ? Peut-être en partie, mais pas seulement. Car il ne suffit pas de prendre dans ses bras une personne qui ne peut satisfaire ses besoins de manière autonome pour répondre à cette attente de rencontre vraie et de présence.

La quête de sens, que nous avons appelée spirituelle, comporte une portée plus globale que la satisfaction d'un besoin de protection et de sécurité. C'est tout l'être dans l'expression de ses besoins, y compris dans son besoin de protection et de sécurité, qui est à la recherche d'un sens à donner à l'expérience de vie, de santé ou de maladie, qui est la sienne. La spiritualité ne qualifie pas de manière spécifique certains besoins parmi d'autres. C'est tout l'être de besoin, l'être bio-psycho-social, qui est en quête de sens. En termes bibliques, c'est tout l'être qui est en relation avec Dieu, qui a « soif de Dieu, du Dieu vivant » (Psaumes 41-42). Cette quête de vie (spirituelle) n'est pas expression d'un besoin à satisfaire (c'est-à-dire une démarche de survie), mais le désir d'une rencontre en vue d'une vie en plénitude.

En conclusion, nous dirons donc que la spiritualité propose un supplément de sens à l'expérience des besoins. Il n'y a donc pas, à proprement parler, de besoins spirituels. La spiritualité les situe dans une relation vitale à une réalité autre que celle immédiatement éprouvée dans l'expérience des besoins. Plutôt que de parler de besoins spirituels, on préférera donc parler, par exemple, d'expérience spirituelle en situation de (grand) besoin et, dans le cadre des soins, d'interprétation spirituelle de la maladie ou de la guérison, d'accompagnement spirituel des besoins vitaux (ou fondamentaux). Dans tous les cas, il s'agit d'une quête spirituelle pour donner sens aux besoins plutôt que de besoins spirituels à proprement parler. Le propre de cette quête est de dépasser le niveau des besoins pour les renvoyer au sens ultime de l'existence humaine.

Chapitre 3

Du besoin au désir
La dimension spirituelle dans les soins infirmiers
Le point de vue des infirmiers

Serena Buchter, Michel Fontaine, Catherine Piguet
avec la collaboration de Brigitte Duc

Introduction

La notion de besoin renvoie naturellement, dans la sphère des soins infirmiers, à une théorie de soins « bien connue » des infirmières[1], celle de Virginia Henderson (1897-1996) et de ses 14 besoins. Celle-ci a été *la référence* dans le domaine des soins infirmiers (théorie et pratique) durant environ cinq décennies pour disparaître progressivement de la réflexion soignante, voire tomber

1 Dans cet article, à la suite des auteurs de *La pensée infirmière*, le féminin est utilisé comme représentant des deux sexes, sans discrimination à l'égard des hommes et des femmes, et dans le seul but d'alléger le texte.

en disgrâce. Aujourd'hui, elle apparaît poussiéreuse et dépassée. En effet, plusieurs nouvelles théories de soins semblent mieux adaptées à l'évolution de la profession.

Ce constat est-il rédhibitoire ? Cela n'est pas aussi certain, surtout lorsque l'on cherche à articuler les notions de besoins et de désirs à une prise en compte de la dimension spirituelle dans les soins infirmiers. Par ailleurs, la thématique de cette publication nous y ramène de fait, en cherchant à clarifier les notions de besoins et de désirs au travers de trois regards professionnels et disciplinaires – théologique, médical et infirmier –, et étonnement en se situant à contre-courant du développement de la profession infirmière.

Au moment de préparer un tel ouvrage et de se répartir le champ d'exploration au travers de ces trois regards, la notion de besoin apparaît comme étrangère, voire absente de l'objet d'étude des théologiens et des médecins qui considèrent celle-ci comme spécifique au domaine des soins infirmiers. La notion de besoin constituant un fondement de notre pratique, il nous appartient dès lors de revisiter et réinterroger cette notion en regard de notre focus, celui de la dimension spirituelle puisque celle-ci est désormais inscrite dans le champ du prendre soin comme une réalité que l'on ne peut ignorer.

Nous invitons donc, en forme d'essai, le lecteur à une exploration de cette notion de besoin dans les soins infirmiers, articulée à la dimension spirituelle du sujet. Pour cela, il nous faut faire un retour à l'un des points de butée principaux déjà évoqué, le modèle de Virginia Henderson, guidés par la question suivante : « En quoi la notion de besoin dans les soins infirmiers, inscrit dans le modèle d'Henderson, est-elle pertinente pour prendre en compte la dimension spirituelle dans les soins ? »

Nous explorerons cette question au travers des trois étapes ci-dessous :

- La théorie d'Henderson et ses besoins dans le paysage de l'ensemble des théories de soins.
- Les points-clés de la pensée d'Henderson et sa théorie des besoins en regard du patient.
- La problématique des besoins dans les soins et la dimension spirituelle.

La théorie de Virginia Henderson et ses besoins dans le paysage de l'ensemble des théories de soins

Six écoles de soins desquelles découlent plusieurs théories / modèles dans le champ théorique de la profession infirmière répondent de fait à des dimensions différentes. Celles-ci se réunissent autour de quatre questions dont les réponses guident la pratique soignante[2] :

- Que font les infirmières ?
- Comment les infirmières font ce qu'elles font ?
- Pourquoi les infirmières font-elles ce qu'elles font ?
- À qui s'adressent les soins dispensés ?

Si l'identité infirmière se construit au travers des réponses à ces quatre questions, celle qui touche à ce « que font les infirmières » renvoie à l'essence même de la profession, à sa raison d'être. Deux écoles précisent plus spécifiquement ce que font les infirmières : *l'école des besoins* (Virginia Henderson et Dorothy Orem) et *l'école de la promotion de la santé* (Moyra Allen).

Les quatre autres écoles s'intéressent principalement :

- à la *manière dont les infirmières font ce qu'elles font* : école de l'interaction (Peplau, Paterson, Zderad) et école du *Caring* (Watson et Leininger),

2 Jacinthe PEPIN, Suzanne KÉROUAC et Francine DUCHARME, *La pensée infirmière,* Études vivantes, Laval, 1994.

- au(x) *pourquoi les infirmières font ce qu'elles font*, école des effets souhaités (Roy, Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Betty Neumann),
- à *qui s'adressent les soins infirmiers*, école de l'être humain unitaire (Martha Rogers, Margaret Neuman et Parse).

En explorant, puis en répondant à la question de *ce que font les infirmières*, Henderson, après Nightingale et dans son sillage, offre le socle de la profession infirmière sur lequel vont s'adosser les autres modèles de soins (et non remplacer celui d'Henderson). Elle permettra de développer la profession, voire de l'envisager comme une discipline à construire. Tenter de répondre à la question de ce que font les infirmières au travers du développement de la réponse aux trois autres questions risque d'amener la profession à une impasse.

En s'intéressant aux besoins humains pour préciser ce que font les infirmières, Henderson touche à l'universalité de notre condition humaine dans toutes ses dimensions. Face à l'universalité de nos besoins, Henderson nous invite à envisager les soins par une approche phénoménologique et une rencontre toujours singulière à construire à partir et avec la personne malade, radicalement autre, insaisissable dans son mystère. Nous nous penchons ici uniquement sur *l'école des besoins* développée par Henderson en laissant de côté, d'une part le modèle d'Orem qui s'attache aux auto-soins et, d'autre part *l'école de la promotion de la santé* que nous ne traiterons pas ici bien que cette approche ait des liens avec notre réflexion.

Les points-clés de la pensée de Virginia Henderson et sa théorie des besoins en regard du patient

Origine et histoire du modèle conceptuel d'Henderson

Après la Seconde Guerre mondiale, dans le milieu que fréquentait Henderson au Teachers College[3] (Université de Columbia), les « besoins » étaient dans l'air du temps. Les anthropologues, psychologues ou sociologues[4] se demandaient quel support, à la fois unificateur et universel, pouvait intégrer les données de la vie humaine. Pour les professionnels de l'art infirmier, il y avait là une opportunité très attendue celle de nommer, enfin, par un mot fédérateur, l'essence de leur action.

Henderson bénéficie ainsi des travaux d'anthropologues comme Esther Lucile Brown. Les différents organes nord-américains de la profession infirmière avaient confié à Esther Lucile Brown l'étude de ce que représentaient les soins infirmiers. Sa recherche aboutira à un ouvrage *Newer Dimensions of Patient Care*[5] en 1961, dont Henderson reconnaît l'importance pour sa propre élaboration[6]. Esther Lucile Brown s'écarte d'une approche centrée sur le milieu médical pour prendre aux racines de la

3 Isabelle Boittin, Monique Lagoutte, Marie-Claude Lantz, « Virginia Henderson : 1887-1996, biographie et analyse de son œuvre », dans *Recherche en soins infirmiers* 68, mars 2002, p. 5-17.

4 En particulier les plus connus : la hiérarchisation des besoins chez Maslow et les variantes dans l'identification des besoins fondamentaux selon les stades de développement chez Erikson.

5 Esther Lucile Brown, *Newer Dimensions of Patient Care*, Russel Sage Foundation, New York, 1961.

6 *La nature des soins infirmiers* paraît en 1964 et 1966 : « The Nature of Nursing », dans *American Journal of Nursing* 64(8), 1964, p. 62-68 ; V. Henderson, *The Nature of Nursing : A Definition and its Implications for Practice, Research, and Education*, Macmillan, New York, 1996.

sociologie et de l'anthropologie le cœur même de ce qui constitue l'essence des soins : « *les choses de la vie* »[7], peu spectaculaires, voire insignifiantes, mais vitales.

Il est fascinant d'observer comment ce milieu réunissant anthropologues et sociologues a pu influencer la pensée de Virginia Henderson et l'élaboration de sa vision des besoins fondamentaux *universels* de l'être humain (*Universal Human Needs*). En 2010, Nicolas Vonarx[8] a mis en lumière d'autres sources d'inspiration d'Henderson dont le modèle est d'une étonnante ressemblance avec les travaux de l'anthropologue Bronislaw Malinowski. Henderson traduit au niveau des besoins individuels ce que Malinowski, trente ans avant elle, décrivait comme les besoins communautaires d'une société humaine. Henderson et Malinowski fréquentaient, à quelques années de distance, le même établissement et les influences sont sans équivoque bien qu'il semble qu'Henderson ne mentionne pas sensiblement cette paternité. Ce qu'il avait identifié pour des sociétés humaines, Henderson le proposait ainsi dans son approche singulière pour la personne soignée[9].

---

7 Marie-Françoise Collière, *La nature des soins infirmiers*, InterEditions, Paris, 1994, p. 20.

8 Nicolas Vonarx, « De Bronislaw Malinowski à Virginia Henderson : révélation sur l'origine anthropologique d'un modèle de soins infirmiers », dans *Aporia. The Nursing Journal*, n° 2, vol. 4, 2010, p. 19-28.

9 La liste des 14 besoins selon Henderson : Respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne posture, dormir et se reposer, se vêtir et se dévêtir, maintenir la température du corps dans les limites de la normale, être propre et soigné et protéger ses téguments, éviter les dangers, communiquer avec ses semblables, agir selon les croyances et ses valeurs, s'occuper en vue de se réaliser, se récréer, apprendre.
Liste des besoins de Malinoswki : Besoins physiologiques (respirer, s'alimenter, sécréter), besoin de mouvement, besoin de confort corporel (dont température du corps, par exemple se vêtir), besoin de sécurité, besoin de croissance, besoin de transmission de l'expérience, besoin de se recréer, besoin de s'inscrire dans des activités rituelles, etc.

Contribution du modèle d'Henderson dans la construction de la profession infirmière

Au moment où les infirmières désiraient se distinguer de l'unique facette paramédicale, leur était offerte une conceptualisation qui permettait à ces professionnels de se constituer un corpus théorique et pratique propre à leur champ d'intervention. Ainsi le concept de « besoin » n'est pas sans lien avec la reconnaissance professionnelle car il exprime au plus près « ce que l'infirmière fait ». Cette dimension constitutive de la profession infirmière apportée par les besoins a permis de participer à la construction de l'identité infirmière. Le risque de morcellement, de dispersion devant tant de données (médicales, humaines, organisationnelles) et de domaines de soins se trouvait écarté par une perspective unificatrice et « opérationnalisable » : le besoin. Elle s'offrait comme un principe qui permettait à la fois de nommer l'agir professionnel spécifique de l'infirmière et en même temps d'être une base concrète pour sa pratique de soins.

C'est ainsi que l'infirmière bénéficie d'un guide conceptuel pour établir une anamnèse infirmière, pour observer son patient, pour établir un plan de soins infirmiers.

Universalité des besoins, singularité du sujet

Le modèle développé par Henderson s'ancre à la fois dans l'universalité des besoins humains, ceux de respirer, manger, boire, etc. et dans la prise en compte systématique de la singularité de chaque personne pour y répondre. Autrement dit, si ces 14 besoins sont universels, la manière dont chacun y répond au quotidien touche sa sphère personnelle, singulière et intime et s'inscrit dans son histoire, son origine, sa culture. Cette seconde partie du modèle, probablement la plus importante et la plus complexe à faire vivre, semble cependant avoir été oubliée dans la mise en application !

En effet, le postulat de « l'universalité des besoins » a induit une dérive chez le professionnel : celle de prendre le besoin pour un « en-soi » et de chercher à configurer les observations à l'un ou l'autre des besoins listés entraînant ainsi le risque d'une perception réductrice de la personne.

Cela a constitué le grand écueil de la génération d'infirmières à qui la théorie des 14 besoins a été imposée comme unique référence explicite de soins, dans les hôpitaux, jusque dans les années 1980-1990. Les séquelles d'un mode d'apprentissage et d'application fonctionnel, de type manuel, influencent aujourd'hui encore fortement le rejet de la théorie des besoins d'Henderson. Les écoles et les institutions de soins ne veulent souvent plus entendre parler de ces 14 besoins qui, détournés de leur perspective première par une utilisation inadéquate et réductrice, leur semblent, à juste titre, simplifier la réalité et l'enfermer dans des catégories. Henderson elle-même déplorait l'utilisation simpliste de son modèle quelques années après la parution de *La nature des soins infirmiers*[10].

De la détermination des besoins vers la révélation des besoins

Marie-Françoise Collière s'est attachée avec force et détermination, dans les années 1980 à 1990, à faire valoir la nécessité de l'approche phénoménologique et anthropologique du modèle d'Henderson pour mieux comprendre la réalité du soin, pour approcher la singularité des situations et mieux en saisir la complexité. Avec elle et à sa suite, nous proposons une inflexion de la *détermination* des besoins vers la *révélation* des besoins.

Alors que la *détermination* des besoins fait appel à une catégorisation selon une liste définie : celle des 14 besoins d'Henderson, la *révélation* des besoins nécessite une lecture phénoménologique de la réalité de la personne. Henderson puis Collière appellent le

10 M.-Fr. Collière, *La nature des soins infirmiers*, InterEditions, Paris, 1994, p. 65.

professionnel à passer d'un travail de standardisation, soit d'une détermination des besoins observés pour les classer dans des catéories, à un véritable travail d'acculturation et d'interprétation des besoins *avec* la personne malade.

Ce double travail se réalise selon un processus qui demande à l'infirmière un changement de regard sur l'autre : celui d'une personne *qui fait l'objet de « ses » soins* (tels que l'infirmière les voit et les comprend) à une personne sujet, qui, si elle ne peut elle-même répondre à ses besoins, est seule à savoir (sans toutefois pouvoir l'élaborer) « … l'aide qui lui est nécessaire et l'action qui en découle ». Collière, à la suite d'Henderson, reprend la définition d'Orlando[11] et le précise ainsi dans *La nature des soins infirmiers*[12] :

11 Ida ORLANDO, *The Dynamic Nurse-Patient Relationship. Function, Process and Principles*, Putnam, New York, 1961.

12 M.-Fr. COLLIÈRE, *op. cit.*

Le livre d'Orlando comporte une série d'études de cas à travers lesquelles elle décrit des exemples montrant la façon dont l'infirmière observe le comportement du malade ainsi que les pensées et les sentiments qu'il suscite chez elle, et qu'elle peut partager avec lui afin de saisir le sens réel de l'expression de son visage, de ses paroles ou de ses actes. Elle décrit ce que l'infirmière doit faire par rapport à l'aide requise par le malade, après avoir validé auprès de ce dernier son interprétation de la nature de cette aide, et comment elle peut évaluer l'efficacité de son action en vérifiant que l'aide requise a bien été apportée.

Dans sa monographie Clinical Nursing. A Helping Art, *Ernestine Wiedenbach va encore plus loin dans la clarification de cette démarche infirmière mûrement réfléchie. Elle souligne également le fait que l'objectif du travailleur influence sa manière de travailler et que la façon dont l'infirmière agit dépend de sa façon de penser. Je dois souligner ici que ces livres ainsi que les nombreuses publications des enseignantes de Yale et de leurs étudiantes renforcent la conclusion de Miss Orlando, pour qui l'observation continue et l'interprétation des réactions du malade, confrontée à la façon dont le malade envisage l'aide qui lui est nécessaire et l'action qui en découle, sont garantes de la meilleure efficacité des soins.*

C'est précisément là, dans ce double travail d'acculturation et d'interprétation, que se situe le domaine d'expertise de l'infirmière.

De l'objet de soin au sujet de soin, un processus d'acculturation

Ce changement de regard, autrement dit ce passage de l'« objet de soin » à l'humain soigné, « sujet de soins » , n'est pas une interpellation nouvelle. N'oublions pas que celui-ci est inscrit dans l'histoire du « prendre soin » depuis ses origines, mais vécu différemment selon les époques, les traditions et les cultures.

Les approches soignantes de ces dernières décennies n'ont cessé de développer une réflexion qui marque la nécessité de ce changement de regard, mais celui-ci reste confronté au quotidien, à des injonctions et des mouvements organisationnels et structurels

qui en limitent l'intégration dans les soins. Nous n'en citerons que quelques-uns ici : la disparition de l'écriture « globale et singulière » dans les soins, la standardisation ; l'action majoritairement guidée par les protocoles ; la prédominance des diagnostics médicaux pour lire les anamnèses et orienter les processus décisionnels ; l'influence économique, etc. Ces exemples s'apparentent cependant plutôt à des symptômes qui ont probablement comme origine l'extraordinaire défi à relever par chaque infirmière au quotidien, celui de son engagement humain dans la rencontre de l'autre comme sujet, à renouveler jour après jour, à chaque nouvelle situation.

Une approche phénoménologique de la personne et des soins

Qu'entend-on par la culture du patient ? Répondre à cette question invite à explorer, avec la pudeur et la justesse nécessaire : l'histoire de vie, l'environnement, les milieux familial, social, intellectuel, le système de valeur de la personne soignée. Le schéma ci-dessus (inspiré de Collière) présente rapidement les éléments-clés qui sont à prendre en considération.

Or, si parfois nous avons l'impression de comprendre cet autre face à nous, il faut bien vite admettre que nous n'atteindrons jamais « l'autre ». Cet autrui reste, dans son entier, un mystère offert à la rencontre, véritable rencontre permise par le manque ou l'incomplétude.

Le rôle de l'infirmière : une rencontre de l'autre et de soi

L'absence de réponse à l'un ou à plusieurs de ses besoins ou l'incapacité à les remplir soi-même naturellement, spontanément renvoie la personne, quelle qu'elle soit et quel que soit le besoin non couvert, à son *humaine condition*. Par-là, il faut entendre que la personne se retrouve face à sa solitude, à l'incertitude et à sa finitude[13]. De fait, la personne perd le contact avec ce qui animait sa vie jusque-là[14] et la perturbation de la réponse à ses besoins va l'amener à (devoir) introduire un tiers dans cette sphère personnelle, singulière et intime. Elle va avoir besoin d'un autre pour se *maintenir en vie* (à des niveaux variables).

Pour faire place à l'autre en difficulté dans ce processus, l'accueillir et le comprendre, le professionnel devra opérer un retrait, le retrait de soi. Or, cette vulnérabilité[15] atteint le professionnel de plein fouet et le ramène à sa propre vulnérabilité. Il peut alors être appelé à vouloir répondre à cette vulnérabilité selon sa manière et faire ainsi, malgré lui, de l'autre une personne « pleine de besoins », à remplir. Cette projection empêche d'accueillir l'autre dans ce qu'il attend vraiment du professionnel : être reconnu dans sa représentation de sa réalité, son histoire, sa culture, ses capacités…

---

13 Jean-François Malherbe, *Le nomade polyglotte*, Éd. Bellarmin, Québec, 2000.

14 Maurice Bellet, *L'épreuve ou le tout petit livre de la divine douceur*, Desclée De Brouwer, Paris, 1988.

15 Corinne Pelluchon, *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité*, Cerf, Paris, 2011.

Paradoxalement, cette révélation des besoins chez l'autre passe par une connaissance de soi de la part du soignant, qui se travaille au fur et à mesure de son expérience professionnelle et ne devrait cesser de croître.

L'infirmière est alors appelée à construire une posture qui repose sur une double expertise, celle faite de toutes les connaissances liées aux activités de la vie quotidienne, articulées aux nombreuses situations qui l'ouvrent sur la diversité infinie des cultures singulières et universelles de l'humain ; et celle de la connaissance que celle-ci a d'elle-même, que Henderson précise ainsi :

> Bien que nous ne recommandions certainement pas la psychanalyse comme préparation de base de l'infirmière, nous croyons que cette connaissance de soi (son habileté à reconnaître et à résoudre ses propres problèmes émotifs, la connaissance de ses qualités et de ses défauts) peut influer sur son habileté à répondre aux exigences de la profession[16].

Dès lors, cette révélation des besoins appelle, pour s'opérer, à un travail sur l'intériorité des soignants. Ce n'est que lorsque ceux-ci perçoivent de plus en plus distinctement l'intrication des désirs et contre-désirs qui meuvent leurs propres besoins qu'ils peuvent imaginer et entre-apercevoir ce qui se donne à lire chez leurs patients. Les besoins exprimés sont alors seulement une facette d'une vie intérieure restant mystérieuse pour le professionnel comme pour le sujet lui-même.

16 V. Henderson, *Principes fondamentaux des soins infirmiers*, Conseil international des Infirmières, Karger, Bâle, 1969, p. 10.

De l'attention aux besoins singuliers vers l'apparition du désir

Ainsi cette expression des besoins n'est pas à prendre à la lettre et demande à être approchée par une prise en compte d'une lecture simultanée et complexe : dans le temps, dans l'attitude, dans la posture, dans la relation avec autrui, dans la réponse aux stimulations de la vie… Les besoins exprimés sont alors signes et symboles[17] offerts à notre interprétation. L'autre est reconnu dans *sa* complexité et dans *sa* manière d'envisager les événements qu'il est en train de vivre. L'infirmière se doit de pouvoir « décoder » cette situation.

Cette lecture peut se faire avec ou sans l'aide des patients. C'est autant de marge de liberté que les patients doivent parfois sauvegarder pour protéger leur vulnérabilité dans certains cas, dans d'autres cas cela révèle des incapacités de communiquer, parfois des protections psychiques conscientes ou inconscientes.

L'infirmière le sait bien : lorsque l'équipe se retrouve pour son rapport, son « staff », et qu'elle parle des besoins d'un patient, le regard qu'elle avait est alors complété, infirmé ou confirmé, par celui des autres. Parfois c'est le témoignage relayé d'un membre de la famille qui complète, infirme ou confirme, met en perspective notre lecture. Cette rencontre des regards montre combien cette révélation des besoins est précieuse, complexe et parfois inatteignable pour les processus de décisions, d'aide, et d'individualisation des soins.

Approcher la personne malade et ses besoins d'une manière tout à la fois universelle et singulière lui offre une reconnaissance (par l'autre, ici l'infirmière) de son altérité et de son mystère qui *lui confère le statut de sujet.*

17 Le partage d'une même culture permet la lecture des symboles présentés par la personne dans ses gestes, ses paroles, ses intonations, les références qu'elle évoquera, ses postures, etc.

Appréhender le malade comme sujet dans les soins, au travers de sa singularité et partageant l'universalité de sa condition humaine, tel que le modèle d'Henderson le propose, renvoie de fait à prendre en compte sa dimension spirituelle. Par dimension spirituelle, il faut comprendre ici l'irréductibilité et le mystère de la personne humaine, ses propres valeurs, le sens qu'elle donne à son existence, sa dynamique de vie.

C'est bien la porte ouverte à cette dimension spirituelle qui est susceptible de permettre à la personne soignée de pouvoir répondre à l'une des trois dimensions (manque de force, d'information, de volonté) qui, selon Henderson, peuvent lui manquer dans cette situation de perte de sa santé : la volonté, soit un élan ou une motivation, celle de vivre, d'exister… grâce au désir.

La problématique des besoins dans les soins et la dimension spirituelle

Pour un décentrement de l'agir infirmier

Relevons les « clés » de cette perspective de l'agir qui vont nous permettre de mieux situer le champ de la pratique infirmière :

- D'abord un rappel, nous sommes dans un processus qui met en jeu la confrontation de deux personnes situées dans des réalités différentes : celles de l'infirmière et celles de la personne malade.
- Ensuite les réalités de l'infirmière sont convoquées à entrer dans ce processus, celui de l'observation continue et l'interprétation des réactions de la personne malade. Ici se situe le lieu de la reconnaissance que l'autre est un sujet et une personne. Cette démarche donne à l'infirmière l'opportunité de réaliser une lecture essentielle de ce qui se passe et de ce que cette personne vit.

- Alors, par ce double processus de confrontation et de reconnaissance, apparaît l'agir infirmier, le prendre soin, autrement dit : une présence nécessaire et une action, c'est-à-dire un accompagnement qui en découle. L'infirmière n'est pas uniquement dans le registre de l'assistance mais essentiellement dans la clarification et l'identification de ce qu'attend la personne malade. Elle est appelée à comprendre la manière dont celle-ci envisage, perçoit ce dont elle a besoin.
- Nous sommes dans l'ordre de la nécessité. Ne pas comprendre ce processus qui révèle ce « dont la personne malade a besoin » et qui est de l'ordre du nécessaire, relèverait d'un manquement professionnel. Ce troisième point caractérise le décentrement demandé à l'infirmière.

L'éthos, un lieu de rencontre à réinvestir… ou l'émergence du spirituel

Tout ce processus n'est-il pas, en fait, en train de nous ouvrir à ce qu'on pourrait appeler une dynamique du manque… Donner vie au manque et creuser en quoi cette dynamique facilite une rencontre qui touche à l'essentiel autant chez l'infirmière que chez la personne malade. En disant cela, nous pouvons évoquer une réflexion de Platon exprimée dans le *Banquet*[18] « on ne désire que ce dont on manque ». Ne retrouvons-nous pas ici l'ambivalence de nos deux termes *besoin* et *désir* qui, bien que distincts tous les deux, impliquent néanmoins la réalité du manque ? Cette distinction est reprise dans une autre partie de cet ouvrage et nous ne l'aborderons pas ici. Travailler sur le manque constitue non seulement un levier pour mieux comprendre l'autre mais également un moyen d'approfondir deux notions importantes.

18 Platon, *Le Banquet*, 199e-200c. Traduction, notices et notes par Émile Chambry, Flammarion, coll. G.F., Paris, p. 66-67.

En effet, introduire dans ce processus la notion de *nécessité*, c'est-à-dire « ce qui ne peut être autrement[19] », nous renvoie non seulement au fait de pouvoir identifier la réalité d'un manque mais aussi nous interpelle sur cette notion plusieurs fois évoquée mais pas encore nommée comme telle, celle de l'éthos. Entrer dans cette dimension de l'autre et la reconnaître comme le lieu de sa manière d'être, son histoire, son caractère, sa culture, son éducation, ses croyances… constitue un enjeu primordial qui permet l'émergence d'éléments que la personne peut identifier comme de l'ordre du spirituel.

Cette prise en compte de l'éthos est comme une sorte de « tissu conjonctif » dans lequel chacune des personnes en interaction puise ses propres références. Reconnaître cet éthos, travailler à partir de lui est une démarche qui, à un moment ou l'autre, fera émerger subtilement les leviers par lesquels la personne malade investira son intériorité et développera une attitude lui permettant de chercher comment trouver ce qui prend et donne sens à ce qu'elle vit. L'agir infirmier touche ici au plus délicat et au plus intime de l'humain de l'autre. La démarche n'est pas quantifiable ni évaluable selon nos systèmes de mesure et pourtant « quelque chose » peut se manifester qui renvoie au nécessaire et à l'essentiel pour ouvrir un possible.

L'importance d'une « dynamique du manque »

Cet espace peut alors constituer un lieu privilégié où peut se révéler la dimension spirituelle de cette personne et permettre d'activer un levier qui n'aurait peut-être pas été imaginé.

Ne sommes-nous pas ici dans une perception subtile d'une dynamique du manque ?

19 André Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, PUF, Paris, 2010, p. 676.

Convoquons l'hypothèse d'Henderson qui nous aide à l'approfondir en proposant trois repères, autrement dit trois manques nécessitant un agir infirmier :

- force,
- information,
- volonté / motivation compris comme un élan.

C'est ce troisième repère considéré comme un manque, *motivation / élan*, qui nous ouvre ou non à la dimension spirituelle dans les soins. C'est là que l'infirmière est interpellée ou non par la problématique de la dimension spirituelle dans les soins.

Si nous essayons de ressaisir les notions que nous venons de traverser et qui s'articulent l'une à l'autre : besoin, désir, manque, *motivation / élan* ; cette dernière, qui s'inscrit dans une dynamique du manque présente chez tout être humain et de manière polymorphe, nous apparaît comme une matrice de ce lieu de sa singularité dont l'infirmière se doit d'être le plus en connivence pour ne pas passer à côté de cet essentiel et de ce nécessaire dont il a besoin.

Il nous paraît en effet important de réfléchir à cette dynamique du manque dans le registre de la motivation chez une personne atteinte dans sa santé, processus dans lequel celle-ci voit son être profond bouleversé, déstabilisé, voire reconfiguré.

Collière[20] peut-elle nous aider dans l'activation de ce processus qui fait sourdre un élan, une motivation ? Écoutons-là, pour clore cette réflexion, dans cette citation qui articule la dynamique du manque à celle du désir.

Ne nous laissons pas piéger par le terme « motivation » qui, instrumentalisé comme il l'est souvent lorsque nous l'utilisons pour résoudre une situation, nous donne l'illusion que c'est en trouvant les « moteurs » que nous redonnerons à l'autre l'envie, le désir. Nous le savons, les stratégies de motivations trop organisées

20 M.-Fr. Collière, *op. cit.*, p. 36.

et policées ne répondent pas aux attentes profondes. Nous restons en surface parce que nous craignons d'entrer dans la question du sens : « Comment trouver ce qui prend sens pour les personnes en besoin de soins ? » Comme nous le redit simplement Collière cette question stigmatise « … ce que représentent les soins ».

Tout besoin reste inerte s'il n'est mu par le désir ou par quelque motivation, des aspirations, des attentes, des intérêts, qui lui donnent sens et le mettent en tension. Plus que les besoins, ce sont souvent ces moteurs du (des) besoin(s) qu'il est difficile de découvrir, de saisir (dans les différents sens de ce terme : capter et comprendre), de mobiliser, de faire naître ou renaître, d'accompagner. Cette dynamique du désir, des aspirations, est d'ailleurs chargée d'énigme, de zones d'ombre et de mystère, les besoins pouvant se trouver au carrefour du désir et du contre-désir. Comprendre la charge affective de cette intrication désir <–> contre-désir pour chercher comment trouver ce qui prend sens pour les personnes en besoin de soins fait intrinsèquement partie de ce que représentent les soins.

Ainsi progressivement nous saisissons que cette dynamique du manque nous entraîne à prendre en compte la question du sens.

Le spirituel, là où on ne l'attend peut-être pas…

Alors, c'est peut-être dans ce passage de la dynamique du manque à celle du désir que la question du sens vient s'immiscer comme un incontournable dans ce dialogue unique et singulier « soignant-soigné » pour prendre forme discrètement et « tenter de se situer au-delà de la personne » tout en sachant qu'elle en est le centre.

Ne rejoint-elle pas alors celle du spirituel dans la mesure où elle prend ses racines dans l'éthos qui habite, rappelons-le, autant l'infirmière que la personne malade ?

Cette dimension spirituelle dans les soins est souvent difficile à introduire dans un dialogue singulier entre deux personnes. Elle suscite parfois la crainte d'une violation d'une intimité à laquelle on ne peut avoir accès. Ou bien elle est exprimée dans des formes trop rigides qui excluent précisément le dialogue. Nous essayons d'identifier dans cet essai, comment elle peut apparaître comme une réalité « différente » échappant à toute volonté d'identification.

Nous pensons en effet que ce processus revisité, tel que nous avons tenté de le faire dans les trois chapitres, permet d'appréhender cette dimension spirituelle comme une réalité autre, telle un interstice propre à notre condition humaine sans laquelle les autres constituants ne seraient pas ce qu'ils sont. Nous proposons dans cette perspective de creuser davantage dans les lieux de formation mais aussi dans les lieux de soins, les fondamentaux de notre condition humaine. L'agir infirmier ne peut faire l'économie d'une anthropologie du soin. N'est-ce pas là une manière de légitimer la nécessité d'une prise en compte de la globalité de tout être humain en attente de soins.

Alors, considéré dans une telle perspective, le spirituel dans le contexte des soins, est souvent là où on ne l'attend pas… d'où peut-être une triple tension, celle de le mettre en évidence, en action dans une relation soignant-soigné ainsi que d'être également réceptif à cet imprévu.

Mais n'est-ce pas précisément ce que l'on demande à l'infirmière : d'être ouverte à cet imprévisible pour le révéler si nécessaire et permettre avec la personne malade d'en faire « quelque chose » qui fait sens pour son histoire et sa santé ?

Nous nous demandons, en guise de question et pour conclure, si dans cet essai, en travaillant la dynamique du manque et du nécessaire, nous ne sommes pas en train de contribuer à clarifier l'« objet » des soins infirmiers ?

Chapitre 4

« *Nous voudrions que l'*autre *nous donnât des réponses, quand tout ce qu'il peut faire est de nous donner des désirs*[1] »

Guibert TERLINDEN

Un espace à ouvrir en temps opportun

« Éclairé par ta pratique d'aumônier aux Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles, quel intérêt trouves-tu à utiliser ou non le concept de *besoin spirituel* ? Quels repères de discernement proposerais-tu ? » Telle est la demande reçue. J'ouvrirai le propos[2] par un événement dont j'ai été témoin au cours d'un séminaire d'intégration, en finale d'études infirmières. La professeure a eu la douce folie de proposer à ses étudiants de raconter ce qu'en trois

1 Marcel PROUST, *Sur la lecture*, Actes Sud, Arles, 1988, p. 32. J'ai remplacé *auteur* par *autre*.

2 La présente contribution prolonge une conférence faite à la Faculté de théologie protestante de Strasbourg en 2013 : « Un espéranto spirituel : Babel ou fiction ? », publiée dans Jean-Gustave HENTZ et Karsten LEHMKÜHLER (Éds), *Accompagnement spirituel des personnes en fin de vie. Témoignages et réflexions*, Labor et Fides, coll. Pratiques n° 31, Genève, 2015, p. 119-132.

ans ils ont perçu de la dimension spirituelle de leur future profession. Comme certains se risquent à oser une parole, un étudiant, plutôt fort en gueule, s'exclame : « Mais ça n'existe pas, ce que vous racontez-là ! » Plus tard, il confiera avec courage : « C'est peut-être moi qui ne vois pas… » Dans l'évaluation finale, il exprimera son ouverture : « Peut-être qu'un jour je serai prêt… ». Subtilité du temps *opportun* : un accompagnant ne sera disposé à entendre chez autrui que ce qu'il aura *au préalable* écouté en lui-même, dans l'intime. Bien des « mal-entendus » brouillent l'écoute, bien des représentations héritées de l'histoire, tant personnelle que culturelle, seront à lever. Mais c'est impossible à programmer. Qui décidera du juste moment, du *Kaïros*[3] ? S'il ne s'agissait que de répondre à des besoins, ce serait plus commode : temps du *Chronos*, de l'action-réaction.

De quoi parle-t-on ? Il ne va pas de soi d'identifier « le » spirituel dans une culture et un univers de soins où il n'est pas *de soi* sollicité. D'une part, la médecine fonctionne plutôt dans une logique opérationnelle de *lutte* : elle tend à tout y être instrumentalisé[4] au bénéfice de ce *combat*[5], dont le spirituel, dénaturé, du coup, dépouillé de son altérité et de son vouloir-dire propre. Ensuite, concernant la dimension religieuse, l'approche soignante de la souffrance a une telle autonomie que, pour y ouvrir un espace, « il faut une

3 Qohelet 3, 1 : « Il y a un temps opportun / un juste moment (*kaïros*) pour tout désir sous le ciel » implique une vigilance, une disposition intérieure d'ouverture.

4 Cf. Guy Jobin, *Des religions à la spiritualité*, Lumen Vitae, coll. Soins et spiritualités n° 3, Bruxelles, 2012.

5 Ex. dans *combatcontrelecancer.org* : « Nous luttons contre le cancer en assurant une prise en charge globale et humaine du patient. » Étonnant, ce « *et humaine* » : l'humain s'ajouterait-il au global ? Entre le cancer et les combattants, quelle place pour le désir du patient ? Où est-il, *lui*, en son humanité ?

démarche qui ne se déclenche pas automatiquement[6] », même chez les croyants ; le parcours à effectuer pour que s'opère une réelle intégration du spirituel, pourtant partout annoncée, est complexe. Enfin, les discours hérités sont en « panne de transmission » et, sur le véritable *marché* ouvert par cette « détraditionalisation[7] », arrivent des offres qui demandent à être reconnues comme spirituelles (pratiques de méditation, de *mindfulness*, nouvelles « religions », chamanisme, *Shiatsu*, *Reiki*, contact avec diverses énergies, etc.). L'intégration de l'énigme qu'est la souffrance, parfois son scandale, est rendue difficile par ce brouillage.

Témoin d'une tradition, vivant d'elle, ma position d'aumônier m'implique dans ce débat. Depuis cette place, j'expliquerai pourquoi je préfère ne plus recourir au concept de *besoin spirituel*, tout particulièrement s'il vient renforcer la tendance croissante à couper « le » spirituel des traditions historiques particulières, qu'elles soient philosophiques ou religieuses. Cette coupure me paraît fort dommageable, en effet, car elle laisse le champ libre à la seule approche utilitaire – une réponse à des besoins en partie induits par la médecine ou centrée sur le seul bien-être individuel – et, surtout, elle risque de rapetisser l'humain. Celui-ci étant foncièrement être culturel et social, être de désir et de langage, le rejoint-on suffisamment par le biais du seul *besoin spirituel*[8] ?

---

6 Jean-Marie Jaspard, « L'intégration religieuse de l'expérience de la souffrance. Une approche psychologique », dans *Revue Théologique de Louvain*, 24, 1993, p. 345-372.

7 Lieven Boeve, « La vérité de l'incarnation et l'incarnation de la vérité. Épistémologie théologique, particularité et pluralité », dans *La Vérité*, Facultés universitaires Saint-Louis, Bruxelles, 2004. Termes qu'il préfère à « sécularisation ».

8 Cf. par exemple la thèse de doctorat en Éthique médicale de Nicolas Pujol, *Spiritualité et cancérologie : enjeux éthiques et épistémologiques d'une intégration,* Paris, 2014, réalisée sous la direction de Sadek Beloucif et G. Jobin (mise en ligne : http://www.theses.fr/2014PA05D015).

Bien plus qu'un « petit besoin »…
Vignettes cliniques

Un matin de Pâques, une infirmière des urgences m'invite à porter la communion à Mme N. arrivée la veille en insuffisance cardiaque et sauvée *in extremis*. Besoin identifié, réponse offerte : voilà chacun satisfait d'avoir tenu sa place dans le quartier de tarte qui lui est dévolu. La caricature que Jérôme Pelissier propose du modèle rabâché « Henderson-Maslow » conviendrait ici : « Emballé, l'être humain. Simple comme un petit mammifère. Comme une petite pyramide. Bien lisse[9]. » Oui mais…, un humain vit de *mouvement*, est mouvement, fut-il rassasié. Alors que je la quitte, la patiente hésite, me retient du regard. Je me rassois. « J'ai une question à vous poser, me dit-elle, mais, si je la pose, j'ai peur de perdre la foi… ». Encouragée, elle poursuit : « Comment les disciples ont-ils su que le Christ était *vraiment* ressuscité ? », puis, se risquant à être sujet de sa parole, elle explore plus librement ses intuitions. Au fil de l'échange, émergera la question qui a mûri en elle au fil de la nuit : « Quels motifs ai-je de *choisir* à nouveau la vie ? » Question des finalités. Un « petit besoin » spirituel a certes été identifié et comblé, mais *par cette porte d'entrée* banale, pieuse, elle a remis sur le métier et relancé ce que Dominique Jacquemin appelle très adéquatement non plus « *le spirituel* » – comme s'il s'agissait d'une dimension parmi d'autres[10] – mais son « *mouvement*

9 Cf. l'excellente lecture critique dans *Gérontologie et société*, 118, septembre 2006.

10 J'ai pensé ainsi un temps, moi aussi. Cf. G. Terlinden, *J'ai rencontré des vivants. Ouverture au spirituel dans le temps de la maladie*, Fidélité, Namur/Paris, 2006. Les enjeux se sont déplacés depuis.

d'existence[11] » de sujet singulier et désirant – être « pathique[12] » – dans sa globalité. Ce qu'elle a entendu, du fait du passage d'un *tiers*, c'est, comme à un carrefour : « Circulez ! ». Bloquée puis remise en mouvement, sa vie s'ouvrait à de « l'in-ouï ».

Théories et pratiques centrées sur les seuls besoins tendent à fragmenter le patient en autant de réalités partielles et séparées qu'il y a d'intervenants, faisant du patient *réel* un objet *perdu*. La rencontre a permis à Mme N. de recontacter le niveau global de son devenir, ici *par la porte d'entrée du religieux*. Cela aurait pu se vivre par le biais d'un soin du corps : « Dans les mains de cette aide-soignante-là, je me sens beau », m'a dit un patient paralysé. Désirable, digne, humain. Il en va ainsi pour toutes les modalités d'existence du sujet humain. Besoin ou désir ? Difficile d'en décider : tout est tellement enchevêtré chez l'être humain. La souffrance existentielle est à chaque fois totale, de même que l'équilibre retrouvé : le *rapport* que le patient entretenait à l'ensemble de son existence s'est laissé questionner, une *dynamique*, un *dynamisme* s'est trouvé relancé. La vie.

Un rituel, une prière est également un fameux enchevêtrement de corps, de culture, de socialité, d'imaginaire, etc. S'il est ancré dans une vie spirituelle intériorisée, il comporte un aspect relationnel et éminemment désirant : le « *Tu* » à qui l'on s'y adresse n'est pas un *deus ex machina* qui satisferait, terme à terme, les besoins du priant, un *dieu bouche-trou* ; que du contraire, ce « Tu » appelle et

11 Par exemple : http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/viespirituelle/documents/jacquemin-spiritualites-soins.pdf : « Spiritualités : quelle place leur accorder dans les soins ? », Conférence à-pour l'asbl Sésame, mars 2012, p. 5.

12 Le psychanalyste Jacques SCHOTTE invitait à ne pas réduire le *Pathos* à la souffrance : le *pathos*, c'est le mouvement continu de l'existence qui va, qui vient, en fonction des événements de rencontre, des crises, des catastrophes. Tantôt on peut dire : « tout compte fait, ça va » ; tantôt, « ça ne va pas ». Ce registre *pathique* n'est évidemment pas réductible à la seule approche qu'en offrent la médecine et son projet de maîtrise. Il requiert la capacité de se laisser surprendre.

élargit son désir de vie et, d'une certaine façon aussi, son *manque*[13]. La relation ou la rencontre est première. Plus elle est personnelle, plus elle se vivra du côté du désir et évitera de réduire l'a(A)utre au rang d'idole, au service des besoins privés. Ce qui manque peut-être souvent, c'est le manque.

La mort d'enfants est, sans conteste, ce qui est le plus difficile à vivre pour les soignants. Ils s'y impliquent corps et âme, avec une charge d'affects considérable et épuisante, d'autant que là, franchement, il est bien difficile de combler le seul besoin criant qui envahit tout l'espace : « Délivrez-nous de la mort, de la contingence humaine ! » Quand les soignants échouent dans leur *combat*, la culpabilité n'est jamais très loin. L'aumônier n'est pas plus fier mais, s'il passe par là, il arrive que ce ne soit pas anodin.

Lorsque, déboussolé par la mort imminente de sa petite-fille leucémique, un grand-père pointe vers moi un doigt menaçant et me lance, fou de douleur, telle une gifle : « Jusques-à quand *votre Dieu* nous fera-t-il payer la mort de son propre fils ? », ou qu'une maman, qui vient de perdre son grand fils que j'ai longuement accompagné, me jette à la figure une poignée de médailles pieuses en hurlant : « *Votre Dieu* n'est pas », je me sens solidaire des médecins accusés d'inhumanité, de folie, d'acharnement, *in fine*, de décevoir… Quand nul n'est en mesure de boucher cet incomblable besoin, il arrive que ça bascule : « Vous n'avez pas pu me sauver, disait une patiente à l'oncologue : vous me devez la mort. » Vous me *devez*…

Du salut comme du soin déçus, on passe au dû et même à la dette. Dès lors que l'humain peine avec la limite et sa condition humaine mortelle, ou qu'il ne sait pas quoi *faire* avec la fragilité, le médecin autant que d(D)ieu, devenus objets de son ressentiment,

13 Marion Muller-Colard, bibliste et aumônière protestante, l'illustre magnifiquement dans son petit ouvrage *L'autre Dieu. La plainte, la menace et la grâce*, Labor et Fides, coll. Petite Bibliothèque de Spiritualité, Genève, 2014.

sont convoqués au service de son besoin. En réalité, c'est le désir qui s'éprouve trahi : bien des crises de foi sont la conséquence d'attentes déçues, le désir déçu n'imaginant pas, dans notre culture technique, d'autre réponse que dans l'ordre du *faire*[14]. Centré sur la réponse aux besoins, n'a-t-on pas trop négligé d'accompagner l'imaginaire dont le désir est porteur ?

Demandons-nous ce qu'a mis en lumière ou autorisé – au sens d'ouvrir un possible, et quel possible – la présence *tierce* d'un accompagnant spirituel. *A contrario*, que serait-il advenu si ces personnes n'avaient trouvé sur leur chemin cette « butée » offerte par une présence non soignante, sans visée d'efficacité mais témoin d'une tradition spirituelle particulière, identifiée ? Cette présence n'a pas répondu à des besoins bien spécifiés, mais a contribué à les relier au pôle *culturel* et pas seulement émotionnel de leur existence et, *par cette voie d'accès-là*, à *circuler* mieux, à rouvrir le jeu, à relancer leur *mouvement d'existence*, peut-être à l'orienter nouvellement, à l'enrichir, à le complexifier et à l'humaniser. L'aumônier n'est pas isolé. Des soignants de toutes les disciplines sont acteurs privilégiés de telles remises en mouvement impliquant l'être du patient en son entier, ou le leur. Cela dit quelque chose, je pense, de notre condition humaine commune. Une sorte de « bouturage » s'opère parfois, comme on cherche à multiplier des fleurs.

Que fait d'autre ce père d'un adolescent accidenté, si touché par le dénuement et l'effondrement des amis de son fils qu'il trouve l'énergie de créer un *blog* pour leur partager, par ce réseau social, des messages de vie et d'espérance ? Face à leur indignation envers la vie et contre Dieu, il leur offre ses boutures de langage, fruits de sa propre reprise interprétative des mots hérités ; des mots simples et remplis de respect pour leur tentative maladroite de tracer leur chemin. Le bouturage a-t-il pris ? Allez savoir… Alors que l'émotionnel saturait tout l'espace, que leur *mouvement*

14 Cf. aussi les « qu'on en finisse au plus vite », les demandes d'euthanasie, la judiciarisation croissante des plaintes.

d'existence, leur passion désirante était à l'arrêt, il a tenté de les relier à sa « communauté narrative[15] » ou historique, à la leur s'ils en avaient une. La *religio* c'est d'abord l'être ensemble, la relation ou la sollicitude avec autrui, le lien maintenu ; c'est aussi invitation à *re-lire* la vie à neuf pour y tisser du sens, grâce à ceux dont nous sommes les héritiers. Les patients bouturent eux aussi, comme celui qui, après sa mort, a fait offrir un petit bouddha à son jeune médecin pour l'inviter à prendre soin de sa vie intérieure et de celle des malades. Celui-ci en a été retourné. Le bouturage désirant a pris : la page blanche de sa blouse est redevenue celle d'un apprenant, à vie. Autre chose que des petits besoins…

Trois motifs de questionner l'idée de besoin spirituel

On peut sincèrement se réjouir que, depuis un demi-siècle, la notion de *besoin spirituel* a contribué à repenser l'acte de soigner en tant que *care* et à y rouvrir une place à la vie spirituelle. Éclairé par ces vignettes, je mettrais en lumière plusieurs limites de ce concept.

Le mot *spirituel,* d'abord, me paraît trop flou et ambigu. Notre société, devenue pluri-convictionnelle, n'ose plus utiliser le mot *religieux ;* elle l'a sécularisé en *spirituel* afin de s'adapter aux croyants sans appartenance en constante augmentation et au fait non croyant. Fort bien ! Mais il est devenu très difficile d'y trouver un contenu propre, tant il finit par « baptiser[16] » abusivement toutes sortes de dimensions : affective, relationnelle ou psychologique,

15 Terme repris à Paul Ricœur. Par exemple dans *Identité narrative et communauté historique*, Cahier de Politique Autrement, octobre 1994. Il utilise aussi le terme de « communauté narrative ».

16 Je remercie l'infirmière, se disant athée, qui a dénoncé ce forçage : « Pourquoi qualifiez-vous de *spirituel* ce qui est relation, soin, acte d'humanité ? »

soignante, existentielle, religieuse, de sens, éthique, etc. Plus encore et surtout, *spirituel* et *religion* deviennent étrangers l'un à l'autre : puisque tous les soignants sont désormais supposés prendre en charge le besoin spirituel, ils lui font occuper un espace de plus en plus autonome, coupé du champ religieux particulier dont ils ne savent pas quoi faire puisqu'ils n'en ont pas d'expertise.

Le *besoin spirituel* conservera ainsi de son histoire la propension à être du quasi-religieux – dont il faudra sans cesse se défendre – ou à désigner des réalités trop disparates. Les psychologues hospitaliers ont tendance à suivre cette évolution, de même que les « soins spirituels et d'accompagnement[17] » qui tendent à s'imposer ici et là. Un trésor constitutif de l'humanité en matière d'humanisation de l'humain ne risque-t-il pas de se perdre ? Le prix à payer me paraît trop élevé.

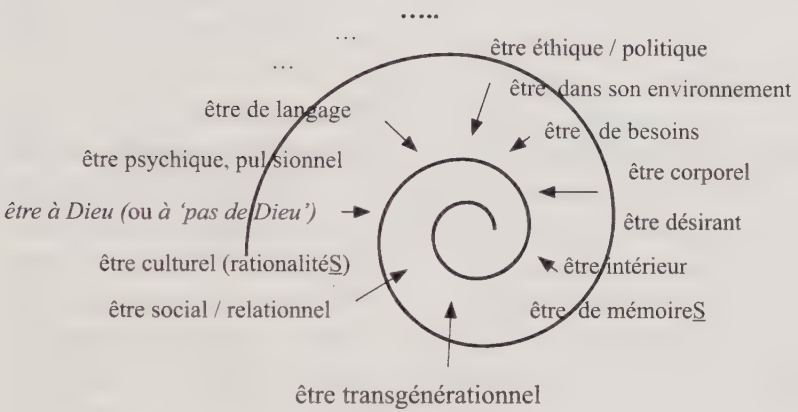
J'inviterais moi aussi à ne plus parler d'une dimension spirituelle à côté d'autres (par exemple le modèle bio-psycho-social *et* spirituel – *Charte de Bangkok* de l'OMS, 2005) mais à réserver cette qualification au niveau plus « *méta* » qu'est *le mouvement d'existence du sujet humain*. Ce dynamisme global est porté ou alimenté par les *portes d'entrée* des multiples formes ou modalités d'existence que prend notre être-au-monde ; en même temps, il les traverse, les porte, les anime, les relie les unes aux autres. Plutôt que d'encore parler de *dimensions* – la réalité est bien plus complexe et intriquée – je suggère de mettre en valeur et *sans en limiter le nombre*, les multiples constituants de notre être-au-monde : être de langage (précédé-désiré ; parlant ; symbolique : lois, mythes), être culturel et capable de rationalités (au pluriel : scientifique, technique, poétique, religieuse, artistique, etc.) ; être corporel (corps *bios*, corps relationnel et sexué, corps de ritualité, être-pour-

17 Traduction qu'a proposée J.-G. Hentz pour *Spiritual Care* au colloque des 23-24 mai 2013. Voir aussi les « intervenants en soins spirituels » au Québec (www.aiissq.org ; www.cssante.ca) ou l'approche STIV au CHUV de Lausanne, www.chuv.ch/aumonerie ou St. Monod-Zorzi, *op. cit.*

la-mort) ; être psychique (pulsionnel, fantasmatique ; désirant ; émotionnel ; affectif) ; être social et relationnel (liens familiaux-transgénérationnels, amoureux, communautaires) ; être éthique ou moral (quête ou souci du bien ; capacité d'émerveillement et d'indignation ; responsabilité et culpabilité), politique ; être pour les autres (sollicitude ; solidarité ; risque et don de soi) ; être intérieur (authenticité, présence à soi, autonomie, volonté, courage) ; être dans son environnement (son milieu) ; être créé par Dieu, être à Dieu (ou à *pas Dieu* : j'y reviendrai) ; etc.

Tous ces constituants de natures diverses sont en interdépendance constante et chacun a sa valeur. Ils sont plus ou moins investis selon les individus et les époques. On pourrait les multiplier et les diversifier selon les cultures d'origine, prenant au sérieux le véritable sentiment *d'étrangeté* qui nous saisit au contact de personnes d'autres traditions. Les dynamismes d'existence des humains se croisent entre eux et, pour les croyants, à celui du Dieu de leur foi. Celui du Dieu des chrétiens est même déjà *en soi* pluriel, trine. Chaque partenaire de soin, selon la plus ou moins grande amplitude de son « équation personnelle », contribue à relancer le mouvement d'existence du patient qu'il accompagne et réciproquement. Nul n'étant neutre, il s'agit plus que de transfert, au sens psychologique. Les patients nous disent effectivement *choisir* leurs interlocuteurs privilégiés : une question de résonance, de vitalité, de feu.

Tableau 1. Le spirituel
Dynamisme ou mouvement d'existence du sujet humain désirant



Dans la foulée, je formule alors l'hypothèse que l'approche par le *besoin seul* risque de réduire le mouvement d'existence à du trop petit, de rester à la surface, à l'ici-maintenant, à du trop « *ego*-centré ». Ne réduit-elle pas le spirituel à une faim bien modeste au regard de ce que des traditions et expériences millénaires nous en rapportent et, surtout, de ce dont le désir a faim ? Il s'agit d'une faim autrement plus essentielle, insiste Bellet,

> Faim de ce-par-quoi nous pouvons humainement vivre. Ce qui nous donne de tenir debout, ce qui nous permet de traverser notre vie. (Faim de) la plus haute nécessité, faim que nous soit donné ce-sans-quoi nous risquerions d'être pris dans le désastre qui peut survenir en toute vie humaine : la destruction, l'effondrement, l'angoisse pure[18].

18 http://belletmaurice.blogspot.be/2014/09/la-dimension-spirituelle-de-la-vie.html.

Comment imaginer qu'il soit possible d'apaiser, voire de *combler* pareil *besoin*, si c'en est un, de façon efficace et mesurable encore bien ? Pourtant, s'il n'est pas *rencontré*, l'on meurt. Les patients en psychiatrie m'ont particulièrement éclairé à ce sujet.

Dans un imaginaire médical de *combat*, à tout besoin correspond nécessairement une réponse capable de l'apaiser : une crise, ça se *traite*, ça se *résout*. L'idée de besoin contraint chacun à être efficace depuis sa position haute d'expert, poussant le patient en position *clinique*[19] de malade à *traiter* (*top-down*). Or, accompagner ne consiste pas tant à répondre à des besoins qu'à remettre du jeu ou de l'espace *pour que ça circule* et, par là, pour favoriser « le temps long des maturations de l'être, des deuils, des acceptations de la finitude », temps long de l'engendrement, de la maïeutique. En outre, si seul le présent ou le court-terme est privilégié, « la mémoire ne joue plus son rôle de gardien de l'identité et de rappel de l'expérience ; le futur se ferme[20] ». On devrait dire *mémoires, au pluriel :* mémoire personnelle, consciente et inconsciente, relationnelle, expérientielle, mais aussi transgénérationnelle, référence à la communauté narrative, culturelle, symbolique, en laquelle chacun a été initié à son humanité. Comment y demeurer inscrit de façon dynamique, y compris en temps de crise ? Le psychanalyste Winnicott priait : « Que je puisse être vivant quand je mourrai. »

---

19 Du grec *klinô* : se pencher, s'incliner. En Eph 5, 21, Paul invite à l'attitude inverse : « par respect pour le Christ, soyez soumis les uns aux autres » (*upotassô* : « ob-éir » à, se mettre en dessous de, sous l'autorité de).

20 Marie-Jo Thiel, *Au clair-obscur du monde de la santé. Défis posés à l'éthique et à la foi chrétienne aujourd'hui*, conférence finale aux Assises provinciales de la santé, Lyon, 13-15 mai 2010.

La question suivante mérite alors d'être entendue. Ne minimise-t-on pas l'écart entre *soin*, *bien-être* et *salut*[21], entre *guérir* et être sauvé, entre *efficacité* et *grâce* ou *gratuité, entre soins techniques* et *accompagnement fraternel* ? Entre besoins et désirs ? Lorsque la biomédecine dit prendre en charge *tous* les besoins des individus, y compris spirituels, parce qu'elle dispose des moyens de le faire, parfois à la folie, et contribuer ainsi à leur bonheur, elle se revendique d'une mission quasi religieuse de salut. Quand cette médecine puissante échoue à être tout, on réalise que tout, c'est trop. La tradition chrétienne – qui a plus d'une crise d'avance – donne à penser que l'on n'est alors pas très éloigné du risque de violence : le questionnement capital sur la finalité des soins se met à tourner fou[22] et le meilleur est passible de se retourner dans le pire. Tous, nous redoutons cela. Il importe alors que des accompagnants ne collent pas *sans plus* aux besoins – que l'imaginaire médical a parfois contribué à créer – ou au bien-être mais signifient un écart, soient passeurs vers autre chose que ce que la médecine de combat promet[23] sans toujours y parvenir. Les *psys* qui abordent le psychisme autrement que de façon utilitaire ouvrent, eux aussi, sur une part d'inconnaissance ou d'incomblable

---

21 Cf. par exemple déjà Louis PERRIN, *Guérir et sauver. Entendre la parole des malades*, Cerf, coll. Recherches morales, Paris, 1987, ou Jean ANSALDI, *Le dialogue pastoral. De l'anthropologie à la pratique*, Labor et Fides, Genève, 1986.

22 Dès 1957, dans une *Allocution sur la réanimation adressée à des anesthésistes*, souvent citée, Pie XII invite à s'abstenir de ce qui « rendrait trop difficile l'acquisition de biens supérieurs plus importants. La vie, la santé, toute l'activité temporelle, sont en effet *subordonnées à des fins spirituelles* ». Ceci est rarement signalé. Cf. discours du pape Pie XII en réponse à trois questions de morale médicale sur la réanimation, 24 novembre 1957.

23 Au CHUV de Lausanne, Étienne Rochat veille à ce que le médecin qui met en place ses traitements ait *vraiment* écouté le patient quant à ses désirs ou à son éventuelle détresse spirituelle. S'il n'est pas instrumentalisé par le médical, l'aumônier peut s'avérer prophétique car, en mettant du *tiers*, il en appelle à la liberté de chacun.

en l'humain. On ne saurait réduire l'humain au fini de l'approche biomédicale, d'aucune autre d'ailleurs, y compris religieuse. Importe le mouvement : que ça circule.

Que peut-il venir par la porte d'entrée des traditions philosophiques et religieuses particulières qui soit en mesure de faire *tiers* et de relancer le désir ? Par exemple ceci : qu'une épreuve ou une crise d'existence, ça ne se *traite* ou ne se *résout* pas par une réponse qui éteindrait la souffrance existentielle comme on étanche un besoin. Une crise, ça se *traverse*. Ce dont j'ai été témoin bien des fois, c'est que, dans ces traversées parfois si profondes que le souffrant a l'impression qu'il va y mourir, la *faim* se creuse, le *désir* s'approfondit, se laisse « *interrompre* »[24] et déplacer. C'est une question de vie ou de mort : « c'est la traversée qui nous constitue[25] ». Comment, à ce niveau-là, se résoudre à ne parler que de besoins ou imaginer quelque efficacité planifiable ? Les spirituels parlent plutôt d'itinéraire, d'alliance et de p(P)arole échangée, de témoignage ou de compagnonnage, de bénédiction[26], d'étonnement, de conversion. Bien peu de maîtrise en ces chemins-là ; ça nous traverse, ça nous surprend. La condition est que l'on ne soit pas abandonné seul à soi-même : c'est bien souvent la rencontre qu'il faut sauver.

Il m'est un troisième motif de questionner l'idée de besoin spirituel : sa visée d'*universalité*. On en parle souvent comme si tous parlaient une unique langue ou avaient à entrer dans un modèle

---

24 L. Boeve, « La définition la plus courte de la religion : interruption », dans *Vie consacrée*, 71, 2003, p. 10-36.

25 Jacques Scheuer, « Les religions comme itinéraires. Leçons d'un "détour" par le bouddhisme », dans Bernard Van Meenen (dir.), *Qu'est-ce que la religion ?*, Facultés universitaires Saint-Louis, coll. Publications des Facultés universitaires Saint-Louis n° 99, Bruxelles, 2004, p. 63-92.

26 Cf. mon collègue Claude Lichtert, *L'intrigante bénédiction. Lectures narratives*, Cerf, coll. Lire la Bible n° 177, Paris, 2013. En dernière partie, il relit le travail des aumôniers.

unique : une sorte de « babélisation[27] » du spirituel. En réalité, pareil « esperanto spirituel[28] » n'est-il pas marqué par le geste qui lui a donné naissance : le geste de s'être coupé des traditions *particulières* et de les avoir repoussées du côté des croyances, de l'infantile, du pré-moderne, au nom du projet moderne et laïque d'émancipation de l'individu, une « vision de l'Histoire animée d'un mouvement quasi spontané vers le meilleur[29] » ? Une double fiction me paraît accompagner cette coupure :

- Le besoin spirituel y est présupposé *inné*, *sui generis* : s'il est universel, ce serait *par nature.* Non : *en soi,* un humain seul sur son île ne sera jamais spirituel *naturellement,* par intuition *im-médiate*, sans la médiation d'autres humains et donc d'une transmission : il mourrait. Il sera encore moins religieux puisque le religieux que l'on se construit soi-même ne peut être que la somme de nos projections plus ou moins inconscientes.
- Une fois le spirituel supposé inné et donc universel, on déclare qu'il *précède* les langages particuliers (cultures, religions, etc.) et même le langage : il serait ainsi une sorte d'expérience infra-langagière, purement intuitive. Fiction, là encore.

Avec une insistance assez lourde, on répète comme une évidence qu'il ne faut pas *réduire* le spirituel aux religions. D'accord, si c'est une remarque d'ordre sociologique destinée à mieux faire droit aux spirituels sans appartenance religieuse ; non, si c'est

27 Gn 11, 1-9 : « *Tout le monde* se servait d'une *même* langue et des *mêmes* mots. [...] Faisons-nous *un* nom et ne soyons *pas dispersés* sur toute la terre. » Ce qui fut jugé profondément infécond par Dieu, rapporte le narrateur. Intéressant à entendre en temps de mondialisation et de « McDonaldisation » de la culture.

28 L. Boeve, *art. cit.*

29 Rémi Brague, *Modérément moderne*, Flammarion, Paris, 2013. Cité dans *La Croix* du 29 août 2014, p. 23.

pour présumer un âge d'or du spirituel précédant les *dégradations* particulières dont il faudrait se libérer. Nous sommes tous et *toujours* des particuliers situés. D'accord, si c'est pour dénoncer que toute institution, religion ou culture court le risque d'écraser le dynamisme créateur en l'enfermant dans des frontières trop étroites. Cela s'est vu… même chez les modernes antireligieux. Mais non, si c'est pour se priver de ce qui pourrait venir comme *altérité*, et donc comme résistance, relance ou surprise, depuis le meilleur de ces traditions : revisitées à neuf, ne se pourrait-il pas que, plutôt que de *réduire* le spirituel, elles lui donnent, tout au contraire, sa plus large portée, l'élargissent, le dynamisent, « donnent des désirs » ? Ce que j'observe au chevet des patients est parfois bien léger et entretient le discrédit jeté sur le religieux par la rationalité dominante. Le religieux est autre chose que du lisse, il est complexe comme le désir humain, inclut le cri, le combat avec et souvent contre Dieu, toutes choses qui vont labourer dans les grandes profondeurs.

« Vous avez un trésor entre les mains » Quelques repères personnels

En finale, il m'est demandé d'identifier quelques repères qui fonderaient mon approche.

Du psychologue de la religion : Antoine Vergote[30], je retiens que la religion n'est pas une vision du monde[31] – ce qui relève du champ psychologique – mais bien une « *objectivité* », un « *système*

30 Cf. la précieuse synthèse de J.-M. Jaspard, « Pourquoi les hommes sont-ils religieux si ce n'est pas par besoin. Histoire d'une déjà longue enquête psychologique menée par A. Vergote », dans *Over de Grens. De religieuse "Behoefte" Kritisch onderzocht. Hommage à A. Vergote*, Universitaire Pers Leuven, coll. Studia psychologica, Leuven, 1987.

31 L'homme y est pris, malgré lui, par un excès de significations inconscientes lui venant de son fond pulsionnel personnel. Voir par exemple la vision qu'avait Job d'un monde juste et parfaitement ordonné.

spécifique de croyances et de comportements se rapportant à un donné révélé ». Être de culture, l'homme ne naît pas sans bagage : il est toujours déjà *précédé*. En venant au monde, tout humain trouve, déjà-là, le langage et les mots. Le mot *Dieu* est de ceux-là, qui donne à penser. Qu'il soit croyant *ou non*, chacun sera amené à s'y confronter, impliquant dans cette confrontation tant l'excès de significations inconscientes lui venant de son fond pulsionnel que ce qui lui vient de son insertion socioculturelle. Je me distancie sur ce point de Dominique Jacquemin qui, dans sa vision en quatre dimensions (bio, psycho, éthique et religieuse), réserve la quatrième « pour certains » seulement. Qu'ils le veuillent *ou non* – j'insiste – tous trouvent cette « objectivité », ce déjà-là des religions, comme une borne aux frontières de leur territoire et y butent parfois, comme le grand-père de mon récit, jusqu'à mettre, soit Dieu, soit le « lieu-tenant » qu'il me croit être, en demeure de se justifier. Par ces rencontres, particulièrement en temps de crise où tout est mis sens dessus-dessous, l'humain trouve à s'identifier et à se laisser dynamiser en tant que humain désirant.

Le théologien Adolphe Gesché prolonge : « Ces réponses [cette *objectivité* dont nous sommes *tous* précédés] ne précèdent-elles pas les questions ? Ne les suscitent-elles pas ? Mais précisément comme énigmes, et énigmes à interroger. » C'est une vraie chance car « comment commencer sans être initié ? ». Ces réponses « sont là pour nous interroger. Et dans le même temps, elles rendent possibles les questions : elles sont là pour être interrogées. Les grandes réponses sont des questions qui interrogent et qu'on interroge[32] ».

Contemporain de ces deux penseurs de Louvain, Paul Ricœur précise l'enjeu, capital à mes yeux :

32 *La foi et le temps XXI*, 1991, p. 302-303. Largement développé ensuite dans « Le sens », *Dieu pour penser VII,* Cerf, Paris, 2003 et dans l'ensemble de cette collection.

> Contrairement à la tradition du *Cogito* et à la prétention du sujet de se connaître lui-même par intuition immédiate, il faut dire que nous ne nous comprenons que par le détour des signes d'humanité déposés dans les œuvres de culture[33].

Culture inclut les traditions héritées, philosophiques et religieuses, mais aussi artistiques, architecturales, rituelles, romanesques, etc., et les multiples émotions, souvenirs et relations qui en accompagnent inextricablement la découverte. Ce « il faut dire » de Ricœur est quasi une protestation devenue essentielle à qui envisage l'accompagnement « dans une société qui prône autant l'auto-définition et la maîtrise à tout crin[34] ».

Outre qu'ils m'éclairent sur ma propre humanité désirante, ces repères personnels m'ont convaincu que, pour toute personne en chemin de vie ou en crise d'existence, rencontrer un témoin qualifié est une opportunité de nourrir et, parfois, de relancer son mouvement d'existence. Ce témoin peut aussi être un livre, la Bible, une cathédrale, un texte du Coran, un paysage, un rituel, une cantate, peut-être même soi en tant que texte ou énigme à déchiffrer. J'ai pris pour titre à cet article les mots où Proust parle de l'acte de lire : « *Nous voudrions que l'auteur nous donnât des réponses, quand tout ce qu'il peut faire est de nous donner des désirs* ». Joël Molinario commente : pour Proust, lire serait « une expérience spirituelle qui naît du désir ouvert par la *clôture* du

---

33 Paul Ricœur, *Du texte à l'action*, Seuil, Paris, 1986, p. 116-117. Pour ce motif, n'être centré que sur ce que le patient dit de sa cohérence personnelle ne suffit pas au témoin que je suis. Comment, pour autant, ne pas être dans le prosélytisme ou la suggestion – qui est de plomb, dit Freud – mais dans la rencontre, l'association d'idées qui est d'or ? Le véritable respect consiste, je crois, à tenir les deux attitudes ensemble.

34 Frédérique Van Leuven, *MMPP : médicaliser le chômage pour mieux exclure*, 2011. www.apppsy.be/docs/.../texte_MMPP_Frederique_Van_Leuven.pdf.

texte écrit[35] ». S'exposer aux œuvres de culture, en tant qu'*altérité, butée, balise, objectivité* – parce que *clôturées* – c'est espérer mieux se comprendre. La Bible est « Livre et miroir », dit saint Bernard. On peut le dire de tout œuvre de culture : de s'y frotter, le « lecteur » s'en trouve à chaque fois questionné, redynamisé et invité à se construire à nouveaux frais.

Pour qu'une telle appropriation ait lieu – encore Ricœur – de la distance est nécessaire. Il s'agit non pas « d'imposer au texte sa propre capacité finie de comprendre, mais de *s'exposer au texte et recevoir de lui un soi plus vaste* [...]. Je ne me trouve qu'en me perdant [...]. La compréhension est autant désappropriation qu'appropriation[36] ». Il en va de même pour la recherche de *sens* si souvent identifiée dans la littérature au besoin spirituel alors que le sens n'est qu'une voie d'accès au dynamisme d'existence, une voie souvent par trop cognitive ou rationnelle, avec la volonté de maîtrise qui l'accompagne : « Comment l'aborder comme ce qui vient plutôt que comme ce qui est advenu ? », demande J.-L. Nancy. Le sens déjoue nos attentes bien plus qu'il ne les comble, il faut donc renoncer à sa clôture. Par là, le sens se rapproche du monde comme horizon ouvert à des événements qu'aucun savoir ne permet d'anticiper[37] ». Ce n'est le plus souvent qu'*après coup*, lorsque cela a tant manqué ou lorsque cela a été offert – enfin – qu'on le sait, comme nous le disent ces personnes qui pensaient ne jamais pouvoir traverser telle crise de vie.

35 Dans *La Croix* du 16-17 novembre 2013. Je souligne *clôture* pour sa proximité avec l'idée d'*objectivité*.

36 *Du texte à l'action*, Seuil, Paris, 1986, p. 116-117. C'est nous qui soulignons.

37 Jean-Luc Nancy, *Le sens du monde*, Galilée, Paris, 1993 (rééd. 2001), cité dans « Quand le sens ne fait plus monde. Entretien avec Jean-Luc Nancy », dans *Esprit*, mars-avril 2014, p. 27-28.

Bien évidemment, pour que ces grandes cathédrales de mots et de pierres, de gestes et de symboles, nous *donnent des désirs*, encore faut-il leur accorder ce crédit et que le miroir nous en soit tendu. Ricœur a eu ces mots si inspirants que je fais miens pour conclure :

> Les gens d'autrefois ont eu des rêves, des désirs, des utopies, qui constituent une réserve de sens non réalisée. Un aspect important de la relecture et de la révision des traditions transmises consiste dès lors dans le discernement des promesses non tenues du passé [...] vivant dans la mémoire grâce aux flèches du futur qui n'ont pas été tirées ou dont la trajectoire a été interrompue. En ce sens, le futur inaccompli du passé constitue peut-être la part la plus riche d'une tradition. La délivrance mutuelle de ce futur inaccompli du passé est le bénéfice majeur qu'on peut attendre du croisement des mémoires et de l'échange des récits[38].

Certains, patients ou proches, soignants ou étudiants, croyants ou non, disent, dans leur propre langue, avoir croisé ce *futur inaccompli* et leurs récits personnels. Cela n'a certes pas apporté de réponse *clôturante*, comme on comblerait un besoin, mais a certainement contribué à relancer leur mouvement de vie, leur dynamisme d'existence – ce niveau « méta » ou global auquel, aujourd'hui, j'associe le spirituel. Jusqu'à être conduit « *au port de son désir* », chante le Psaume 107.

---

38 P. Ricœur, *Identité narrative et communauté historique*, Cahier de Politique Autrement, octobre 1994.

Postface

« Les besoins matériels de mon prochain sont des besoins spirituels pour moi. » Emmanuel Levinas cite souvent cette phrase du rabbin lithuanien Israël Salanter. Salanter et Levinas nous rappellent que ma spiritualité est indissociable de la tienne. Le face-à-face avec Dieu inclut le face-à-face avec l'Autre de ma vie quotidienne. « Les besoins matériels de mon prochain sont des besoins spirituels pour moi. » La phrase nous dit aussi que nous ne devrions pas surjouer la différence entre besoin et désir qui est pourtant le sujet de ce livre.

Bien entendu : le « besoin spirituel » dont parlent Salanter et Levinas est de l'ordre du désir. Ce n'est pas un besoin superficiel, « égoïste » dirait Levinas, auquel nous pourrions satisfaire avec l'activisme de celui qui veut aider à tout prix :

> Le besoin s'ouvre sur un monde qui est pour moi – il retourne à soi. Même sublime, comme besoin du salut, il est encore nostalgie, mal du retour. Le besoin est le retour même, l'anxiété du moi pour soi, forme originelle de l'identification que nous avons appelée égoïsme[1].

1 Emmanuel Levinas, « La trace de l'autre », dans *Tijdschrift voor Filosofie* 25, 1963, p. 611.

L'identification ne respecte pas l'altérité d'autrui, peut-être pour les meilleurs motifs, peut-être pour lui rendre service. Par contre, dans la vraie relation d'aide, le *care*, la personne aidante demande pardon à la personne aidée : « Ce sera seulement par ton amour, uniquement par ton amour, que les pauvres te pardonneront le pain que tu leur donneras. »

Drôle de conseil de Vincent de Paul ! Mais au fait cette « réconciliation » avec la personne aidée rétablit une relation d'égal à égal dont parle Levinas.

« Les besoins matériels de mon prochain sont des besoins spirituels pour moi. » Parmi les dialogues qui enrichissent ce livre, quelques-uns ne font pas la différence entre besoins et désir. Ils ont raison en ce sens qu'il ne faut pas cliver le côté matériel, physique et le côté spirituel de l'être humain. La pensée médiévale nomme *spiritualitas* ce qui revient aux clercs (aussi au plan des biens matériels !), à la différence de *corporalitas*, notion qui englobe tout ce qui est « mondain », qui appartient aux non-clercs. Jusqu'à nos jours l'allemand nomme *Geistliche* (spirituel[le]s) les ministres religieux.

Nos sociétés occidentales actuelles cherchent le spirituel moins dans la transcendance que dans l'immanence. Par « transcendance » (du latin *transcendere* : outrepasser), j'entends ce qui dépasse le monde tel que nous pouvons le percevoir, mesurer, manipuler, donc l'« immanent » (du latin *immanere* : rester dedans). L'immanent reste dans les limites du sensible, de ce que nous pouvons savoir et maîtriser.

Le mot « besoin » est dérivé du francique *bisunni*. Ce qui frappe c'est comment le « soin » (formé sur le francique *sunnja* « le souci ») devient be-soin. Le préfixe *bi-* a d'abord exprimé la proximité et a fini par être un moyen pour renforcer le sens du mot. Il exprime l'idée de « nécessité, exigence en général ».

Le mot « désir » vient du latin *desiderare,* regretter l'absence de quelqu'un ou quelque chose, de *sidus*, « constellation, étoile ». Dans la langue et l'expérience des augures, paysans, marins, il signifie : constater l'absence d'un astre, donc aussi déception et regret. À la différence de *desiderare, considerare* veut dire : constater une présence, « examiner attentivement ».

La notion de « besoin spirituel », tant connue surtout sous sa représentation anglo-saxonne de *spirituel need(s)* est bel et bien une formule paradoxale. Il n'y a pas, à proprement parler, nous dit Pierre-Yves Brandt dans ce livre, de besoins spirituels :

> La spiritualité propose un supplément de sens à l'expérience des besoins. La spiritualité les situe dans une relation vitale à une réalité autre que celle immédiatement éprouvée dans l'expérience des besoins.

Le spirituel ne fait pas nombre avec d'autres besoins. Nous pouvons plutôt le qualifier comme un « dynamisme global porté ou alimenté par les *portes d'entrée* des multiples formes ou modalités d'existence que prend notre être-au-monde[2] ».

Le spirituel, quête du sacré et du transcendant, relève du désir. Il regrette les astres d'en haut, il dépasse les limites considérées par la science. « Le Désirable ne comble pas mon Désir, mais le creuse, me nourrissant en quelque manière de nouvelles faims[3]. » Par contre, le besoin peut être satisfait par le soin correspondant bien que ni ce besoin ni ce soin / cette satisfaction ne soient définitifs.

Comment pouvons-nous, en tant que soignants qui travaillons dans un système sanitaire plutôt matérialiste et immanentiste, accompagner le désir du sacré, de la transcendance, de nos patients ? Certes, lorsque nous parlons de « besoins spirituels », il ne s'agit pas toujours d'une grande ouverture mystique vers le sacré, vers le divin. Les rituels, les timides questions du « pourquoi ? » et

2 G. Terlinden, *op. cit.*

3 E. Levinas, *op. cit.*, p. 612.

les autres allusions dans le discours du patient, les expressions artistiques dans quelques cas sont palpables, limités, en quelque sorte anodins. Ils ressemblent aux autres besoins physiques, psycho-sociaux des patients.

Nous voici devant ce paradoxe entre besoins spirituels (au pluriel) que nous pouvons décrire, mesurer, intégrer dans un planning de soins, et le désir (au singulier) qui échappe à notre mainmise thérapeutique. Avec Donald Woods Winnicott[4], nous pouvons dire que les besoins correspondent aux soins, au traitement, au *curing* tandis que le désir relève du *caring* qui est de l'ordre de l'accompagnement, de la rencontre d'Autrui.

Ce qui facilite l'entente des patients et des soignants dans ce domaine c'est la « fonction transcendante » que Carl Gustav Jung rattache aux symboles. Jung n'emploie pas le terme « transcender » au sens de « quitter l'immanent » mais dans le sens primitif du mot : dépasser. Le symbole exprime une polarité et dépasse (« transcende ») cette polarité, par exemple entre masculin et féminin, entre mort et vie, entre attachement et détachement, entre conscient et inconscient. La fonction transcendante du symbole nous transforme par la réconciliation des opposés qu'il propose. L'expérience spirituelle, les besoins et les détresses qui s'y rattachent, sont souvent exprimés en symboles : symboles oniriques (les rêves et les rêves diurnes), métaphores, jeux de mots, allusions et d'autres éléments du discours, productions artistiques, préférences musicales etc. Bien entendu : les sacrements chrétiens et d'autres rituels religieux sont aussi des symboles qui renvoient vers une réalité différente du vécu de la maladie et du traitement. C'est ainsi

4 Nicolas Marquis, « L'apprentissage du *Care* chez les étudiants en soins infirmiers », dans Claire Marin et Frédéric Worms (Eds), *À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, PUF, Paris, 2015, p. 111-119 ; Donald W. Winnicott, « Cure », dans Clare Winnicott, Ray Shepherd & Madeleine Davis (Eds) *Home is where we start from. Essays by a Psychoanalyst*, Norton, New York/London, 1970/1986, p. 112-120 ; D.W. Winnicott, « Cure », dans Cl. Marin et Fr. Worms (Eds), *op. cit.*

que le sacrement de l'Onction des Malades s'accompagne d'un geste quasi soignant (l'onction) et de paroles de guérison quasi médicales. Voici une énorme polarité entre une vie menacée, une santé précaire d'un côté et l'espérance de guérison de l'autre côté. Un geste symbolique comme l'Onction ou une parole-symbole englobe les deux pôles vécus par le patient et renvoie vers un tiers encore inconnu.

Le désir spirituel, le désir de prier par exemple, s'appuie sur un besoin spirituel qu'il transcende. Il en est de même pour l'amour humain :

> Mû par le besoin de « consommer », l'être humain fait l'amour, mais c'est par amour que l'homme peut renoncer au besoin de consommer. Il ne peut renoncer à faire l'amour qu'en aimant, c'est-à-dire en désirant l'autre pour ce qu'il est différent de lui-même, non réductible au besoin qu'il en a. Non nécessaire. Ainsi la demande d'elle-même que l'époux adresse à l'épouse dans son corps se nourrit de ce que, au-delà de l'étreinte ou de son refus, l'être de l'Autre lui échappe et fait ainsi la « preuve » que, comme le demandeur, il existe [...] Cette double polarité dit assez que l'emprisonnement dans la satisfaction du pur besoin demeure une impasse toujours possible. Si faire l'amour n'est pas forcément aimer, faire oraison n'est pas forcément prier. Aimer comme prier implique la dimension de l'altérité[5].

Et ainsi nous pourrions dire : répondre aux besoins spirituels n'est pas encore prendre en compte la spiritualité de l'autre dans son altérité.

Eckhard FRICK

5 D. VASSE, « Le temps du désir : du besoin de la prière à la prière de désir », dans *Christus* hors-série, n° 210, mai 2006, p. 74-90.

Liste des auteurs

Pierre-Yves Brandt, professeur de psychologie de la religion, Université de Lausanne, Suisse.

Serena Buchter, infirmière, secrétaire de la collection *Soins et Spiritualités*, Louvain-la-Neuve.

Brigitte Duc, infirmière, travaille actuellement en tant qu'aumônière à l'hôpital de Chamblon (Vaud, Suisse).

Dr Philippe Eckert, médecin spécialiste en médecine intensive, à la Clinique de La Source et au CHUV, à Lausanne.

Michel Fontaine, infirmier, docteur en sciences sociales, est prêtre membre de la Communauté des Dominicains de Genève et co-responsable de la Formation continue universitaire « Éthique et spiritualité dans les soins » à Fribourg. Il est professeur invité à l'Institut universitaire de recherche et de formation en soins de l'Université de Lausanne. Il est aussi engagé dans la pastorale de la santé et dans des commissions d'éthique médicale en Suisse.

Eckhard Frick, jésuite, médecin et psychanalyste, professeur de *Spiritual Care* au CHU de Munich.

Dominique Jacquemin est professeur agrégé de sciences humaines au Centre d'éthique médicale – Faculté de Médecine et de Maïeutique (Université catholique de Lille) et professeur de théologie morale (Université catholique de Louvain). Il est responsable du RIRESP (Réseau International de Recherche en Éthique, Spiritualité, Soins Palliatifs).

Catherine PIGUET, infirmière, docteur en sciences de l'éducation et en santé publique. Ses travaux de recherche portent sur la professionnalisation et l'autonomie des infirmières dans leurs pratiques.

Dr Ève RUBLI, gériatre, médecin associée dans le service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV à Lausanne en Suisse et directrice médicale du CUTR Sylvana (Centre universitaire de traitements et réadaptation).

Guibert TERLINDEN, aumônier-prêtre à l'Université catholique de Louvain, site de Woluwe (Bruxelles). Diplômé UCL en psychologie clinique.

Collection « Soins et spiritualités »

Le moment est sans doute propice pour publier une nouvelle collection en accolant des mots qui, il y a quelques années encore, avaient de la peine à se côtoyer : *Soins et Spiritualités.*

Quelques facteurs semblent confirmer cette actualité.

- *Un fait de société.* La question des spiritualités y est de plus en plus présente, et la médecine, porteuse d'un mandat social, n'y échappe pas. Beaucoup de personnes disent poursuivre une démarche spirituelle sans pour autant se réclamer d'une appartenance religieuse.
- *Le développement d'une approche soignante souhaitant avoir un regard global sur les personnes.* La parole de beaucoup de patients, de soignants prônant une approche plus humaine, moins exclusivement technique des soins, s'est faite entendre. Les soins palliatifs, les soins aux personnes âgées, l'approche médico-sociale, invitent largement les professionnels de la santé à envisager la personne humaine dans toutes ses dimensions, incluant les spiritualités. Ce regard global ouvre également à une perspective plus large du « soin ».
- *Le mélange de populations* et la nécessité de prodiguer des soins à des personnes pour qui la pratique religieuse est indissociable de tous les actes de la vie. Les professionnels de la santé ne peuvent plus dans ces circonstances reléguer cette dimension de la personne dans sa sphère intime et si privée qu'ils ne s'en soucieraient pas.
- *Le développement important, cette dernière décennie, de la littérature sur ces thèmes.* Littérature principalement anglophone analysant l'impact de la religiosité sur les soins ou décrivant la

validation d'instruments de recherche pour évaluer le bien-être ou la détresse spirituelle. Littérature qui a besoin de se développer dans les pays francophones dans lesquels religion, spiritualité et soins de santé n'ont traditionnellement pas les mêmes relations que dans les pays anglophones.

Autant d'éléments qui incitent les éditions Lumen Vitae et une équipe de médecins, de soignants, de philosophes, de théologiens, de psychothérapeutes, impliqués dans le domaine des soins et de l'accompagnement spirituel à lancer une invitation à rassembler la réflexion existante sur le thème des spiritualités et des soins. Notre but est principalement de contribuer à développer une réflexion critique qui pourra rendre compte autant de ses choix méthodologiques que de ses présupposés spirituels ou théologiques, tout en restant une réflexion accessible aux professionnels du terrain.

La maison d'édition s'inscrit dans la tradition jésuite. Ce fondement sera le moteur pour une recherche de dialogue avec les différents courants spirituels et religieux. La collection abordera principalement les courants issus des spiritualités judéo-chrétiennes. Parfois, elle ne manquera pas de présenter au lecteur des facettes des spiritualités dans d'autres traditions en investiguant cette richesse et exploitant ces différences.

Nous aimerions surtout que cette aventure devienne occasion de dialogue, non pas un dialogue idéologique pour ou contre l'intégration des spiritualités dans le discours du professionnel de la santé, mais surtout une manière de s'ouvrir à des regards différents, surprenants sur la réalité des soins, sur l'expérience de la maladie et de la santé. Nous espérons qu'un réseau de personnes prêtes à cet exercice de réflexivité, qui ne peut aller sans remise en question, se crée peu à peu et que ce réseau soit résolument multi-professionnel.

Que ce numéro inspire notre réflexion et nous incite à nous risquer à une forme d'écriture qui permette un dialogue entre l'auteur-e et ses lectrices et lecteurs. Une manière de rendre compte de nos choix, de nos aprioris et de nous rendre, peut-être, nous-mêmes plus libres dans notre pratique professionnelle !

Table des matières

Préface, par Dominique Jacquemin 5

Chapitre 1. La parole aux médecins.
Interview du Dr Ève Rubli et du Dr Philippe Eckert,
par Serena Buchter 11

Dans votre pratique, comment se traduisent les « besoins spirituels » de vos patients ? 11
Les nommez-vous ainsi à vos confrères : « besoins spirituels » ? Est-ce quelque chose dont vous parlez à un niveau professionnel ? . 13
Qu'est-ce que vous trouvez intéressant dans cette appellation et qu'est-ce qui vous dérange ? 13
Les théologiens sont gênés par le concept de « besoins » pour parler de ce qui traite du spirituel, lui préférant d'autres mots comme celui de « désir » spirituel 14
Pensez-vous que cela soit un concept opérationnel pour votre pratique ? 15
Est-ce utile pour un médecin de faire cette distinction ? 15
Est-il difficile de repérer les besoins / désirs spirituels des patients ? ... 15
Pensez-vous que le médecin doit se préoccuper des « besoins ou désirs » spirituels ? 16

Chapitre 2. La spiritualité : réponse à un besoin, à une soif ou à une quête ?,
par Pierre-Yves Brandt 17

Poser le problème 19
Repère biblique : la rencontre de Jésus avec une femme samaritaine (Jn 4) 22
Quel sens donner au terme « spiritualité » ? 26
La spiritualité inscrit les besoins dans une relation vitale à un système de sens 29

Chapitre 3. Du besoin au désir. La dimension spirituelle dans les soins infirmiers. Le point de vue des infirmiers, par Serena BUCHTER, Michel FONTAINE, Catherine PIGUET avec la collaboration de Brigitte DUC . 33
Introduction 33
La théorie de Virginia Henderson et ses besoins dans le paysage de l'ensemble des théories de soins 35
Les points-clés de la pensée de Virginia Henderson et sa théorie des besoins en regard du patient 37
La problématique des besoins dans les soins et la dimension spirituelle 47

Chapitre 4. « Nous voudrions que l'*autre* nous donnât des réponses, quand tout ce qu'il peut faire est de nous donner des désirs », par Guibert TERLINDEN 53
Un espace à ouvrir en temps opportun 53
Bien plus qu'un « petit besoin »... Vignettes cliniques 56
Trois motifs de questionner l'idée de besoin spirituel 60
« Vous avez un trésor entre les mains ». Quelques repères personnels .. 68

Postface, par Eckhard FRICK 73

Liste des auteurs 79

Présentation de la collection 81

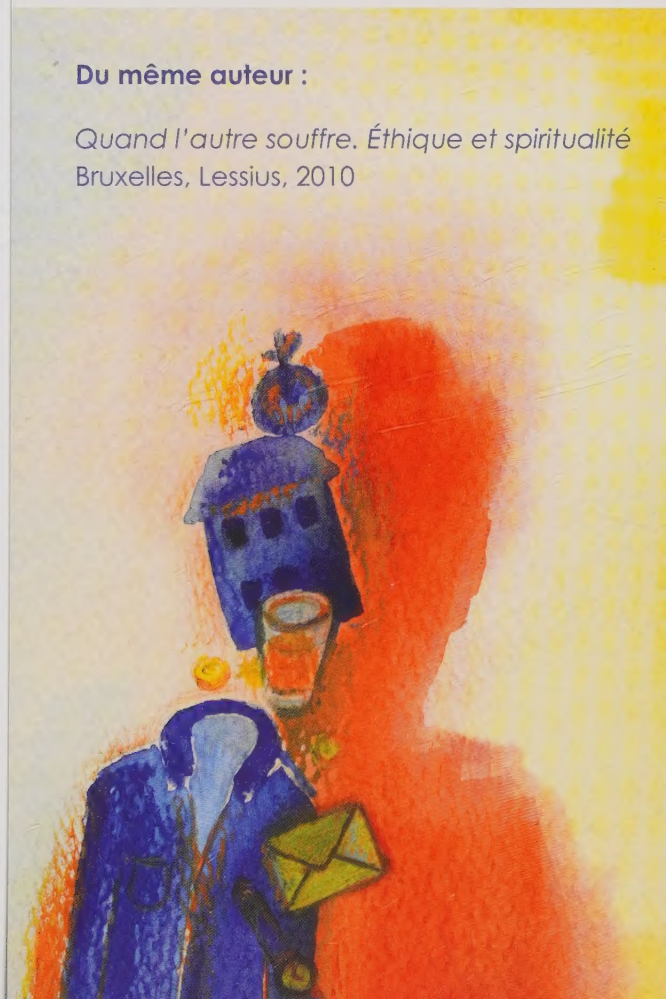
Table des matières 83

Dominique Jacquemin

professeur agrégé de sciences humaines au Centre d'éthique médicale - Faculté de Médecine et de Maïeutique (Université catholique de Lille) et professeur de théologie morale (Université catholique de Louvain). Il est responsable du RIRESP (Réseau International de Recherche en Éthique, Spiritualité, Soins Palliatifs).

Du même auteur :

Quand l'autre souffre. Éthique et spiritualité
Bruxelles, Lessius, 2010



Besoins spirituels

Soins, désir, responsabilités

Besoins spirituels, besoins ou désirs ? Encore une question bien théorique pour intellectuels ? Loin de là ! Essayer de discerner ce que le malade sollicite au cœur de sa propre expérience est important pour tout soignant, tout accompagnant. Si les besoins invitent à un comblement (une demande, une réponse), le désir s'en trouve peut-être plus diffus, mais plus intense. Parler de spiritualité en termes de besoin ou de désir ne nous convoque pas de la même manière. Aussi, s'il nous faut penser à notre responsabilité et à notre mandat de soignant, il est bien nécessaire d'approcher ce que le patient attend de nous, ce que nous pouvons réellement lui offrir sans nous illusionner d'ailleurs sur le fait, qu'au nom du bien, il nous faille " tout porter ", sans que le patient reste le premier acteur de sa propre existence.

Soins & Spiritualités

ISBN : 978-2-87324-536-8

W9-CCU-967

14 €